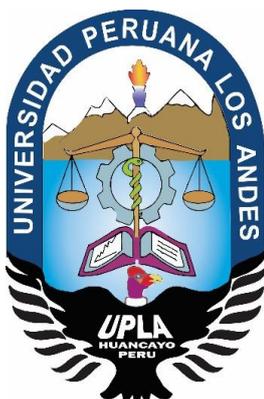


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

TITULO : **LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD**

Para optar : Título profesional de Licenciada en Enfermería

Autoras : Bachiller Chuquimantari Hurtado, Analiz Cristina
Bachiller Durand Basilio, Cintia Yulisa

Asesor : Lic. Hurtado Montes Antonio Héctor

Línea de investigación institucional : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y término : 09 de Julio del 2020 - 09 de Julio del 2021

HUANCAYO – PERÚ – 2022

DEDICATORIA

A: Dios, por darme la perspicacia y la claridad mental suficiente para superar las dificultades propias de aspirar a ser profesional; asimismo, por acercarme a las personas que hacen grata y maravillosa mi vida.

A: mis maestros de enfermería que me educaron para comprender lo complejo y actuar con precisión; además, por generarme ansias infinitas por el conocimiento y el desarrollo profesional constante.

Analiz y Cintia

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes; por ofrecernos educación superior de calidad; que nos ha permitido culminar este trabajo científico de manera satisfactoria; y que, además, nos facilitará ser profesionales competitivos, que contribuiremos al desarrollo regional y nacional.

A los profesionales de enfermería de la micro red de salud “El Tambo”, por su colaboración incondicional en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A las enfermeras que tuvieron buena disposición participativa en la investigación.

Chuquimantari Hurtado, Analiz Cristina
Durand Basilio, Cintia Yulisa

INTRODUCCIÓN

A medida que la prestación de asistencia sanitaria se vuelve cada vez más compleja, también aumenta el riesgo para la seguridad del paciente, es esencial que las instituciones de salud desarrollen estrategias de liderazgo que aborden la complejidad de los procesos de atención de enfermería y generen una adecuada cultura de seguridad. Dado que las enfermeras conforman la mayoría de los profesionales de la salud que brindan atención de salud en la comunidad, se deben de desarrollar entornos y procesos que aseguren la prestación de atención segura y de calidad a los pacientes, es vital que los líderes creen entornos laborales que promuevan una cultura no punitiva de aprendizaje, mejora continua, colaboración interprofesional y autonomía profesional, involucrando así a las enfermeras en prácticas seguras.

La investigación realizada tuvo como finalidad determinar la relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021; con este propósito se realizó un estudio observacional relacional, se consideró una población de 111 licenciadas en enfermería que laboraban en los establecimientos de salud de la micro red “El Tambo” en el 2021, de donde se seleccionaron a 85 enfermeras a través del proceso de muestreo aleatorio simple; a las enfermeras elegidas se les administró el “Cuestionario de liderazgo en enfermería” y el “Cuestionario de cultura de seguridad en los servicios de enfermería”, con los datos recolectados se estimó el coeficiente de correlación “r” de Pearson y se confirmó la existencia de una relación significativa.

El presente informe de investigación está conformado en seis secciones: en la sección I, se delimitan los aspectos fundamentales que motivaron la investigación; en la sección II, se presentan los elementos teóricos sustantivos sobre las variables estudiadas y su vinculación; en la sección III, se plantean las hipótesis y se expone la operacionalización de variables; en la sección IV, se establece el proceso metodológico seguido para alcanzar los objetivos; en la sección V, se presentan los resultados alcanzados en tablas y figuras y en la sección VI, se muestran la evidencias alcanzadas comparadas con los hallazgos de otros investigadores, también se adicionan los argumentos esenciales de diversos autores que aportan juicio lógico a las asociaciones halladas.

Las autoras

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
INTRODUCCIÓN	IV
CONTENIDO.....	VI
CONTENIDO DE TABLAS	XI
CONTENIDO DE FIGURAS	XIII
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	18
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	23
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	24
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	24
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	24
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	25
1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA.....	25
1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA	25
1.4.3. METODOLÓGICA.....	26
1.5. OBJETIVOS.....	27
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	27

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
------------------------------------	----

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO	28
2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES	28
2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	29
2.2. BASES TEÓRICAS	38
2.2.1. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	38
2.2.1.1. LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL	44
2.2.1.2. LIDERAZGO TRANSACCIONAL.....	46
2.2.1.3. LIDERAZGO EVITADOR	49
2.2.2. CULTURA DE SEGURIDAD.....	52
2.2.2.1. PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS	52
2.2.2.2. CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES.....	55
2.2.2.3. DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD	58
2.3. MARCO CONCEPTUAL	61

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	64
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	64
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	65

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	70
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	71
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	72
4.4. DISEÑO.....	72
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	73
4.5.1. POBLACIÓN	73
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	73
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	73
4.5.2. MUESTRA.....	74
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	75
4.6.1. PARA VALORAR EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	75
4.6.2. PARA VALORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD	78
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	81
4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS.....	81
4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS.....	82
4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDOS PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS	82
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	83

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	85
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS(OS)	85
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL LIDERAZGO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	91
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	95
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	99
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD	99
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	101
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO TRANSACCIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	105
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO EVITADOR Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	109
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	113

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	117
6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	121
6.3. LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	125
CONCLUSIONES.....	131
RECOMENDACIONES.....	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
ANEXOS.....	138

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” - 2021	85
TABLA 2: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	86
TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021.....	87
TABLA 4: OTRAS ACTIVIDADES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	88
TABLA 5: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	89
TABLA 6: ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	90
TABLA 7: LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	91
TABLA 8: LIDERAZGO TRANSACCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	92
TABLA 9: LIDERAZGO EVITADOR EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	93
TABLA 10: CONSOLIDADO DE LIDERAZGO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	94
TABLA 11: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	95

TABLA 12: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LA CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021.....	96
TABLA 13: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021.....	97
TABLA 14: CONSOLIDADO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	98
TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE LIDERAZGO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	100
TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	102
TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO TRANSACCIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	106
TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO EVITADOR Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	110
TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	114

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” - 2021	85
FIGURA 2: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	86
FIGURA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	87
FIGURA 4: OTRAS ACTIVIDADES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	88
FIGURA 5: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	89
FIGURA 6: ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	90
FIGURA 7: LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	91
FIGURA 8: LIDERAZGO TRANSACCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	92
FIGURA 9: LIDERAZGO EVITADOR EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	93
FIGURA 10: CONSOLIDADO DE LIDERAZGO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	94

FIGURA 11: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	95
FIGURA 12: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LA CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	96
FIGURA 13: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021.....	97
FIGURA 14: CONSOLIDADO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021	98
FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	101
FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL LIDERAZGO TRANSACCIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	105
FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL LIDERAZGO EVITADOR Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	109
FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL LIDERAZGO Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	113

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo de determinar la relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021, se utilizó el método inductivo y el estadístico inferencial, el tipo de estudio fue correlacional de corte transversal, con una población de 111 licenciadas en enfermería que laboraban en los establecimientos de salud de la micro red “El Tambo” en el 2021, de donde se eligió una muestra de 85 enfermeras a quienes se les administró el “Cuestionario de liderazgo en enfermería” y el “Cuestionario de cultura de seguridad en los servicios de enfermería”; entre los resultados se resalta que el 27.1 % de las enfermeras(os) tienen alto o muy alto liderazgo y el 34.2 % de las enfermeras(os) consideran que es buena o muy buena la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; asimismo, dado un incremento del liderazgo en enfermería; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; (coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo = 0,459).

PALABRAS CLAVES: liderazgo, cultura de seguridad, enfermería, atención primaria de la salud.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between leadership and safety culture in the nursing services of the “El Tambo” health micro-network in 2021, the inductive method and the inferential statistics were used, the type of study was cross-sectional correlational, with a population of 111 nursing graduates who worked in the health establishments of the micro-network "El Tambo" in 2021, from which a sample of 85 nurses was chosen who were administered the "Questionnaire of leadership in nursing ”and the“ Questionnaire on safety culture in nursing services ”; Among the results, it is highlighted that 27.1% of the nurses have high or very high leadership and 34.2% of the nurses consider that the safety culture in the nursing services is good or very good; also, given an increase in nursing leadership; improves safety culture in nursing services; (moderate positive Pearson correlation coefficient = 0.459).

KEY WORDS: leadership, safety culture, nursing, primary health care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La cantidad de personas en Estados Unidos que mueren cada año debido a un error en la atención de salud se aproxima a 500 por día (1). A diferencia de la industria aérea, la industria de la salud rara vez tiene un nivel significativo de escrutinio público asociado con errores que resultan en daños graves o la muerte, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) proyectaron que casi 99,000 personas mueren de 1,7 millones de infecciones adquiridas en el hospital solo cada año. La prevención del daño al paciente es una prioridad fundamental y la base de todos los demás cuidados de enfermería. Las enfermeras líderes tienen una capacidad única para impactar la seguridad de la atención médica debido a su proximidad con los pacientes en las unidades de atención de enfermería (2). Las enfermeras son responsables de garantizar que los pacientes hospitalizados reciban atención segura y los líderes de enfermería son responsables de establecer prioridades que den forma a la cultura de seguridad y reduzcan los eventos adversos. El compromiso del liderazgo con la seguridad del paciente se ha indicado entre las principales características de las organizaciones seguras y confiables (3).

El liderazgo, es la influencia interpersonal ejercida en una situación, dirigida a través del proceso de comunicación humana, a la consecución de uno o diversos objetivos, las enfermeras líderes pueden inducir la adopción de nuevos métodos y

técnicas eficaces y seguras para el cuidado. La seguridad del paciente se define como la prevención de resultados adversos o lesiones derivadas del proceso de atención de salud; y la cultura de seguridad de una organización son, los valores compartidos sobre la caución y protección del paciente, son las creencias comunes sobre cómo deben de funcionar las cosas en la organización y en las unidades de trabajo para evitar riesgos y favorecer la salud y bienestar del paciente.

Una adecuada cultura de seguridad requeriría que se hagan múltiples previsiones en casa una de las acciones sanitarias realizadas por cada uno de los trabajadores de salud que contribuyen con los servicios de salud; en consecuencia establecer un sistema que vigile y oriente a cada trabajador en cada actividad, es muy dificultoso; por lo que la seguridad solo es posible si cada uno de los trabajadores de salud actúan bajo la firme convicción de proporcionar atención de salud segura como la marca de una destacada actuación profesional. En consecuencia, solo el firme ejercicio del liderazgo puede ejercer la influencia suficiente en: los valores, creencias, convicciones y actitudes de los trabajadores de salud para que estos adopten formas seguras de desempeño profesional (4)

En un estudio realizado en hospital universitario alemán, Sturm H, Rieger M y Martus P, demuestran que la presencia de un líder de enfermería con un estilo transformacional mejora la cultura de seguridad en la institución, esto se debe por que los líderes evitan la aparición de estrés y tensión subjetiva relacionados con el trabajo, impide la sobrecarga de trabajo y al mejorar el bienestar del personal, las enfermeras pueden llevar una práctica más cuidadosa e internalizar principios y

valores relacionados a la seguridad del paciente, de este modo se genera una cultura de seguridad en toda la institución (5).

En una investigación realizada en Austria, Wagner A, Hammer A y Manser T, hallan que un buen ejercicio del liderazgo en enfermería es la única forma de instituir una adecuada cultura de seguridad en los sistemas de salud, además se afirma que a medida que la prestación de asistencia sanitaria se vuelve cada vez más compleja, también aumenta el riesgo para la seguridad del paciente. Existen cuatro desafíos para lograr una prestación segura de atención de enfermería: complejidad técnica, relaciones complejas, la alta tasa de cambio y los riesgos personales y emocionales. Dados estos desafíos, es esencial que las organizaciones de atención de salud desarrollen estrategias de liderazgo que aborden la complejidad de los procesos de atención de enfermería y aseguren que la atención se proporcione de manera consistente y confiable para lograr los resultados deseados (6).

En un estudio en Rio de Janeiro, Brasil, Pinheiro M y Osnir J, evidencian la influencia del liderazgo en enfermería en la cultura de seguridad; asimismo remarca que las enfermeras conforman la mayoría de los profesionales de la salud que brindan atención a los pacientes tanto en centros de agudos como en la comunidad, y aseguran la prestación de atención segura; por lo tanto, es vital que los líderes generen entornos de práctica de apoyo que promuevan una cultura no punitiva de aprendizaje, mejora continua, colaboración interprofesional y autonomía

profesional, involucrando así a las enfermeras en prácticas seguras destinadas a mejorar los resultados en la salud de los pacientes (7)

En un estudio realizado en INCOR – EsSalud, Lima, Molina A, halla que cultura de seguridad del paciente es afectada por la cultura organizacional generada a partir del estilo de liderazgo que ejerce la enfermera, asimismo afirma que las organizaciones de salud midan regularmente su cultura de seguridad del paciente para alcanzar el objetivo de una cultura no punitiva de seguridad del paciente, se requiere liderazgo tanto en el nivel superior como en el nivel medio de gestión, es importante evaluar qué comportamientos de liderazgo y cómo estos comportamientos de liderazgo son más efectivos para promover una cultura de seguridad del paciente (8).

En la Micro Red de Salud El Tambo, se ha observado que las enfermeras en su mayoría, han adoptado un estilo de liderazgo pasivo; el que orienta las atenciones y procedimientos: al cumplimiento de indicaciones y a un modo rutinario de hacer todas las cosas; prefieren seguir el modo tradicional en la realización de su labor profesional dentro de cada uno de los servicios, casi siempre las rutinas procedimentales y funcionales preestablecidas enfatizan poco la seguridad del paciente. Pocas veces se han implementado acciones que garanticen la seguridad de los pacientes, sobre todo si estas acciones difieren de los procedimientos cotidianos ya conocidos. Además, en la actualidad, la seguridad de los pacientes también se ha visto en riesgo, debido a: la sobrecarga laboral, la escasez de equipos, las inadecuadas instalaciones, entre otras circunstancias. Ante estas condiciones, el

ejercicio del liderazgo transformacional de algunas enfermeras podría ser el inductor de la generación de formas de trabajo seguro en los diversos cuidados proporcionados a los pacientes; sin embargo, la asociación entre el liderazgo y la cultura de seguridad no ha sido comprobada de forma concluyente, Se remarca que no existen estudios regionales y locales que comprueben la asociación entre el liderazgo enfermero y la cultura de seguridad.

Por todo lo mostrado anteriormente, nos propusimos realizar este estudio con la finalidad de determinar la relación entre el liderazgo de enfermería y la cultura de seguridad en enfermeras que laboran en los establecimientos de salud de la, Micro Red de Salud El Tambo en el 2021.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La investigación se basó en el supuesto que: una adecuada práctica de liderazgo en enfermería puede generar una conveniente cultura de seguridad hacia los usuarios en los establecimientos de salud de nivel primario; dado que el personal de enfermería es quien realiza la mayoría de procedimientos de forma directa en el paciente, es quien lleva la mayor responsabilidad de salvaguardar la seguridad del usuario; comprobar la asociación entre el liderazgo y la cultura de seguridad fue la finalidad de la investigación efectuada.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizó en enfermeras que laboran en los 26 establecimientos de la micro red de salud El Tambo.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se ejecutó en el año 2021, entre los meses de enero y febrero; la investigación incluyó a las enfermeras encargadas de los diferentes servicios de los establecimientos de salud.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre el **liderazgo transformacional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021?
2. ¿Cuál es la relación entre el **liderazgo transaccional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021?
3. ¿Cuál es la relación entre el **liderazgo evitador** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

Con esta investigación se alcanzó a comprobar la asociación, entre el liderazgo y la cultura de seguridad, y hemos sugerido la implementación de un programa que desarrolle aptitudes de liderazgo transformacional en las enfermeras el que a su vez mejorará la cultura de seguridad en los establecimientos de salud; estas medidas favorecerán la salud de la población usuaria en general e incrementará la confianza de la población en los servicios de salud; como consecuencia se tendrá mayor bienestar en los usuarios de la red de salud “El Tambo”.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

La ejecución de esta investigación nos dio la posibilidad de comprobar la forma en que la teoría del liderazgo transformacional de Bass y Burns se aplica para la adopción de procesos de atención en salud orientados en la seguridad del paciente; esta teoría propone que el liderazgo puede generar compromiso de las enfermeras con la seguridad de los pacientes y elevar la motivación y la moralidad del cuidado; la teoría también postula, que se puede transformar a las personas y a las organizaciones incidiendo en los valores, las emociones, la ética y los objetivos a largo plazo; además el líder proporciona empatía, apoyo y ayuda a desarrollar todo el potencial profesional. La investigación solo aporta datos que son el fundamento empírico del grado en que esta teoría explica la conexión del liderazgo con la cultura de seguridad en los establecimientos de salud de atención primaria.

1.4.3. METODOLÓGICA

En el estudio propuesto se utilizaron instrumentos validados en su versión original, sin embargo al no existir estudios locales que hayan comprobado su validez y confiabilidad en el medio local, se comprobó la validez y confiabilidad de los mismos en el proceso de ejecución de la investigación; ya finalizada la investigación, estos instrumentos pueden ser empleados en posteriores estudios de investigación referentes al liderazgo en enfermería y a la cultura de seguridad; también podrán ser utilizados en evaluaciones de tamizaje institucional referentes al liderazgo y a la cultura de seguridad.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre el **liderazgo transformacional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021
2. Establecer la relación entre el **liderazgo transaccional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021
3. Establecer la relación entre el **liderazgo evitador** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES

Sánchez J, desarrolla una investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería del Hospital Chancay”; con el objetivo de identificar la relación existente entre la cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería. El estudio fue correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 100 profesionales de enfermería, se emplearon dos instrumentos validados. Como principales resultados se halla un coeficiente de correlación de Rho de Spearman (0,492), se declara que existe una moderada relación positiva entre la cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional. Asimismo; un modelo de cultura justa ofrece un marco único donde el liderazgo del hospital y los empleados comparten las responsabilidades de mantener prácticas seguras. La base de una cultura de seguridad es la confianza, sin embargo, los líderes de la atención médica a menudo luchan por articular y modelar claramente esa cultura de confianza dentro de su organización. En una cultura justa, la responsabilidad compartida se establece a través de la confianza, la comunicación abierta y la transparencia. El compromiso organizacional con una cultura justa implica el reconocimiento de que en un entorno complejo y de alto riesgo, los empleados requieren sistemas altamente confiables

para minimizar los eventos adversos. En un entorno de cultura justa, los empleados están facultados para asumir la responsabilidad y la rendición de cuentas por sus acciones, lo que reduce el nivel de comportamientos de riesgo. Juntos, el compromiso organizacional con la alta confiabilidad y la responsabilidad de los empleados conforman el modelo de cultura justa, adaptado por muchas organizaciones de atención médica para mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente (9).

2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Higgins E, realiza un estudio titulado “La influencia del liderazgo transformacional del gerente de enfermería en los resultados de la enfermera y el paciente: los efectos mediadores de los entornos de práctica de apoyo, los comportamientos de ciudadanía organizacional, la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción laboral de la enfermera”, con el objetivo de probar un modelo sobre la influencia del comportamiento de liderazgo transformacional del gerente de enfermería en la cultura de seguridad del paciente, en London, Ontario, Canadá; considerando una muestra de 136 enfermeras, se realizó un estudio de diseño predictivo no experimental para probar y refinar un modelo, específicamente, el modelo examina las relaciones entre el liderazgo transaccional y transformacional, en la cultura de seguridad del paciente; se utilizaron los cuestionarios: Safety Climate Survey (SCS) y Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), entre los resultados se destaca que el liderazgo de enfermería transformacional puede predecir una reducción de las caídas de pacientes ($\beta = -0.08$, $p < 0.05$) y reducir los

errores de medicación ($\beta = -0.04$, $p < 0.05$), asimismo el liderazgo transformacional optimiza los entornos de práctica de enfermería y tiene implicaciones importantes para el desarrollo profesional de los enfermeros (10).

Drake D, realiza un estudio titulado “Comportamiento del líder enfermero y seguridad del paciente”, con el objetivo de explorar las relaciones entre las características de la enfermera líder y la seguridad del paciente (percepción de la cultura de seguridad del paciente); se utilizó un diseño transversal con análisis retrospectivo de datos de encuestas preexistentes y datos demográficos del personal de las unidades de enfermería en hospitales terciarios y comunitarios que cubren una gran región geográfica en el este de Carolina del Norte - EEUU, se consideró a una muestra de 1460 enfermeras de 42 unidades, se utilizaron los cuestionarios: Hospital Survey on Patient Safety Culture y Leader Patient Safety Behavior; entre los resultados se destaca que las actividades de seguridad del paciente de la enfermera líder se asocian con la forma en que el personal de enfermería percibe la capacidad de su organización y unidad para producir una atención segura para el paciente, asimismo se señala que el comportamiento de seguridad del paciente de la enfermera líder está significativamente asociado con la cultura de seguridad del paciente ($r = 0.45$, $p = 0.002$), la percepción general de la seguridad del paciente y el grado de seguridad del paciente (11).

Bilgiç R, Betül M, Bürümlü E, Öztürk I, Tasçioğlu C, realizan un estudio titulado “Los efectos del liderazgo en los resultados de seguridad: los roles mediadores del clima de confianza y seguridad” con el objetivo de establecer el impacto del

liderazgo en el clima de seguridad en enfermeras de Zonguldak, Turquía, se realizó un estudio analítico considerando a 101 enfermeras, se utilizó el cuestionario de liderazgo y la Escala de clima de seguridad, entre los resultados se destaca que el estilo de liderazgo afecta los resultados de seguridad en los pacientes ($r = 0.62$, $p = 0.001$), asimismo se encontró que las enfermeras tienden a guardar la seguridad del paciente cuando sus líderes poseen un elevado estilo transaccional, esto se debe a que los líderes transaccionales establecen metas de desempeño y recompensan a los enfermeras por el comportamiento correcto y castigan por el incorrecto, se necesita alguna forma de motivación inspiradora y otros aspectos del liderazgo transformacional, hacer cambios y sugerir mejoras relacionadas con la seguridad del paciente son partes de la participación en la seguridad y esto puede lograrse si existen líderes transformacionales (12).

Murray M, Sundin D, Cope V, realizan un estudio titulado “El nexos entre el liderazgo de enfermería y una cultura de seguridad en la atención al paciente”, en Perth, Australia; con el objetivo de establecer el vínculo entre el liderazgo de enfermería y la seguridad del paciente, se realizó un metaanálisis con una revisión sistemática de estudio realizados sobre el tema, de 905 artículos se seleccionaron a 104 artículos, entre los resultados se destaca que el estilo de liderazgo transformacional está asociado de forma positiva a la cultura de seguridad dentro de los establecimientos de salud ($r > 0.5$), asimismo la seguridad del paciente es responsabilidad de todos los trabajadores de la salud, desde el ejecutivo más alto hasta la enfermera de cabecera, por lo tanto, el liderazgo efectivo es el nexos entre la participación del personal para brindar atención de alta calidad; la creación de

una cultura de seguridad en el lugar de trabajo justa y libre de culpa a través de un liderazgo efectivo y el reconocimiento y fomento de los nuevos líderes futuros sirve para fortalecer al equipo para obtener los mejores resultados posibles para los pacientes; el bienestar positivo de nuestros pacientes se basa en una cultura de seguridad, ya que las prácticas de seguridad del paciente en la cabecera tienen una gran influencia en los resultados del paciente, ya sea directa o indirectamente, las personas con mayor influencia en el resultado de un paciente son las enfermeras que están al lado de la cama (13).

Ree E, Wiig S, realizan un estudio titulado “Vinculación del liderazgo transformacional, la cultura de seguridad del paciente y el compromiso laboral en los servicios de atención domiciliaria”, en Stavanger, Noruega; con el objetivo evaluar la relación entre el liderazgo transformacional, las demandas laborales, los recursos laborales, la cultura de seguridad del paciente y la participación laboral en los servicios de atención domiciliaria, se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, se empleó una muestra de 139 enfermeras de los servicios de atención domiciliaria noruegas a las que les administro un cuestionario de evaluación del liderazgo y otro test sobre la seguridad del paciente, se realizaron análisis de regresión múltiple con cultura de seguridad del paciente y liderazgo transformacional, demandas laborales, recursos laborales, como resultados destaca que el liderazgo transformacional explicó el 35,7% de la variación en la cultura de seguridad del paciente, agregar demandas de trabajo y recursos y compromiso laboral al modelo aumentó la varianza explicada a 53.5%; el liderazgo transformacional tiene un impacto significativo en la cultura de seguridad del

paciente y el compromiso laboral en los servicios de atención domiciliaria, también se halla que el liderazgo es clave para cultivar una cultura de seguridad del paciente, las enfermeras líderes influyen poderosamente en la seguridad del paciente al demostrar y orientar en la forma correcta de realizar determinados procedimientos, también difunden estándares para la atención de los pacientes y establecen marcas de la calidad y eficiencia del servicio (14).

Murphy L, realiza un estudio titulado "Liderazgo, enfermería y seguridad del paciente dentro de una organización de aprendizaje basada en un hospital" con el objetivo de establecer la asociación entre el liderazgo de enfermería y la seguridad del paciente dentro de las instituciones de salud de Ontario, Canadá; se realizó un estudio de caso exploratorio de métodos mixtos, se seleccionó una muestra de 47 enfermeras de diversas instituciones de salud a las que se les aplicó la "Survey on patient safety culture" y la "Authentic leadership questionnaire"; entre los resultados se destaca que existe una relación significativa entre los atributos de liderazgo auténticos y una mayor cultura de seguridad del paciente, así como una relación significativa entre los atributos de liderazgo auténticos y los eventos adversos o "casi accidentes" relacionados con la atención al paciente; asimismo se identificó que las enfermeras adoptan el liderazgo de primera línea que demuestra atributos basados en la auténtica práctica de liderazgo; asimismo se comprobó que el liderazgo tienen un impacto favorable en la cultura de seguridad del paciente y en los resultados de seguridad del paciente en una organización de aprendizaje basada en un hospital (15).

Avramchuk A, McGuire S, ejecutan una investigación titulada “Clima de seguridad del paciente: un estudio de las organizaciones sanitarias del sur de California”, con el objetivo de establecer la asociación del involucramiento de los líderes de salud en la seguridad del paciente; el estudio fue correlacional multivariado transversal y se realizó en 61 organizaciones de atención médica del sur de California y se analizaron 4 factores que son: asistencia de otros y de la organización, mensajes de liderazgo de apoyo en políticas y comportamiento, recursos y ambiente laboral y comportamiento de informe de errores. Los resultados indican una calidad predictiva del modelo con los siguientes estadísticos: asistencia de otros y de la organización ($r = .228$, $p = .033$; beta estandarizada = $-.477$), mensajes de apoyo del liderazgo en políticas y comportamiento ($r = .616$, $p = .004$), recursos y entorno laboral ($r = .606$, $p = .005$), factor 4: comportamiento de notificación de errores ($r = .489$, $p = .029$). Asimismo, se verifica que el error humano sigue siendo el factor más importante de muertes y sufrimiento innecesarios en los hospitales. El error humano resulta de las actitudes y comportamientos de los proveedores de atención médica hacia los pacientes en diferentes entornos. Por lo tanto, es esencial tomar instantáneas periódicas de las actitudes y comportamientos predominantes en una organización y manifestadas en su clima de seguridad del paciente. Dado el sufrimiento continuo y los costos asociados con los entornos de atención médica inseguros, crear y mantener un clima que fomente la seguridad del paciente debe seguir siendo una prioridad para los líderes de la atención médica. Esta prioridad es especialmente aguda en el contexto de la gestión del cambio organizacional, cuando los cambios del clima cultural

pueden ser ventajosos o perjudiciales para la percepción y la realidad de la seguridad del paciente, la capacidad de una organización para absorber y mantener los cambios relacionados con la mejora de la seguridad del paciente puede depender de la cultura establecida en el trabajo (16).

Seljemo C, Viksveen P, realizan una investigación titulada “El papel del liderazgo transformacional, las demandas laborales y los recursos laborales para la cultura de seguridad del paciente en los hogares de ancianos noruegos: un estudio transversal” en Stavanger, Noruega; con el objetivo de evaluar la asociación entre liderazgo transformacional, demandas laborales y recursos laborales; y la cultura de seguridad del paciente y la percepción general de los empleados sobre la seguridad del paciente en los hogares de ancianos. Se realizó una encuesta transversal de empleados profesionales en cuatro hogares de ancianos noruegos (N = 165). Se utilizó un análisis de regresión jerárquica múltiple para evaluar la variación explicada del liderazgo transformacional, las demandas laborales y los recursos laborales en la cultura de seguridad del paciente y la percepción general de la seguridad del paciente. Entre los resultados se destaca que el liderazgo transformacional explicó el 47,2% de la varianza en la cultura de seguridad del paciente y el 25,4% de la percepción general de la seguridad del paciente, controlando por edad y sexo ($p < 0,001$). Además, las demandas laborales y los recursos laborales explicaron el 7,8% de la cultura de seguridad del paciente y el 4,7% de la percepción general de la seguridad del paciente ($p < 0,001$). Asimismo, se considera que el estilo de liderazgo transformacional es importante para aumentar la seguridad del paciente, para facilitar un equilibrio entre los recursos

laborales y las demandas laborales, y para crear una cultura sólida de seguridad del paciente dentro de los servicios de atención médica (17).

Hessels A, Wurmser T, ejecutan una investigación titulada “Relación entre la cultura de seguridad, la atención de enfermería y el cumplimiento de las precauciones estándar” en New York, EEUU; con el objetivo de describir y probar las relaciones entre la atención de enfermería perdida y la cultura de seguridad; se realiza un estudio transversal con encuestas se administraron electrónicamente a 574 enfermeras elegibles de 5 hospitales, se incluyen modelos de correlación bivariada y regresión multivariante. Los resultados principales denotan que el análisis de regresión multivariante fue un predictor significativo, en donde se tiene que; percepciones generales de seguridad del paciente ($r = 0.26$), aprendizaje organizacional / mejora continua ($r = 0.20$), expectativas del supervisor y acciones que promueven la seguridad del paciente ($r = 0.20$), trabajo en equipo dentro de las unidades ($r = 0,23$), apertura de la comunicación ($r = 0,12$), comentarios y comunicación sobre el error ($r = 0,19$). La cultura justa establece la responsabilidad tanto de los empleados como del liderazgo. La cultura justa facilita la investigación apropiada de eventos adversos en el contexto del comportamiento humano, incluidos el error humano, el comportamiento de riesgo y el comportamiento imprudente. Para promover el aprendizaje organizacional, un paradigma de seguridad del paciente debe cambiar hacia la creación de oportunidades para aprender de los errores y educar al personal de atención médica sobre la práctica y la conciencia situacional. Los valores y la misión de la organización deben impulsar la seguridad del paciente. El apoyo de liderazgo debe crear un ambiente

psicológicamente seguro a fin de promover las intenciones de los miembros del personal de hablar, informar eventos adversos y cuasi accidentes, y ser responsables de sus propias elecciones de comportamiento (18).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Se han desarrollado varios enfoques de liderazgo en las últimas décadas; sin embargo, el propósito principal de "liderar" es alcanzar los objetivos establecidos, el liderazgo como es el proceso mediante el cual un individuo intenta influir intencionalmente en otro individuo o en un grupo para lograr una meta", una definición de liderazgo algo altruista que enfatiza el bien colectivo es: "el liderazgo implica persuadir a otras personas para que dejen de lado sus preocupaciones individuales y persigan un objetivo común que sea importante para las responsabilidades y el bienestar de un grupo ". Esta definición se alinea bien con las variables de liderazgo transformacional y ciudadanía organizacional (19).

El liderazgo afecta el comportamiento y las características a nivel organizativo. Los objetivos organizacionales más relevantes para los hospitales son los resultados óptimos para el paciente y, para lograrlo, es importante garantizar un personal sostenible, satisfecho y de alto rendimiento (20).

Es difícil definir un liderazgo efectivo porque hay muchas variables extrañas que pueden frustrar incluso los mejores esfuerzos del líder más efectivo. Sin embargo, a pesar de esa limitación, sí describen a un líder eficaz como uno que "puede construir un equipo". Si bien es muy simplista, constituye la base de varias otras definiciones que se refieren a la medida en que el grupo del líder realiza su tarea con éxito para lograr los objetivos deseados, es el logro de los objetivos esperados

"dentro de las limitaciones impuestas por la organización y el entorno socioeconómico" (21).

La efectividad del liderazgo solo puede medirse en el contexto de lo que se espera lograr. Diferentes organizaciones pueden requerir diferentes habilidades para lograr diferentes objetivos en diferentes momentos. La capacidad del líder para ajustarse estas diferencias situacionales y para ayudar al ajuste del grupo, a menudo serán el factor determinante de si se consideran efectivas. Incluso cuando los objetivos son explícitos, las percepciones de la efectividad de un líder pueden variar entre subordinados, compañeros y superiores (22).

Cuando los líderes principales juzgan la efectividad basada en la resolución de problemas, es probable que los subordinados califiquen a su gerente de manera más efectiva en función de un sentido de integridad o confianza. Existen similitudes entre los estudios sobre los atributos de los líderes efectivos, que incluyen: flexibilidad, inclusión, sentido de la visión y altos estándares de desempeño. En los últimos años, los modelos de liderazgo jerárquico, autoritario y orientado a las tareas han dado paso a modelos de liderazgo más democráticos, inclusivos y relacionales, que enfatizan la importancia de las necesidades, objetivos y contribuciones potenciales de los subordinados a los objetivos organizacionales (23).

Un enfoque relacional se distingue por la noción de que el líder trabaja en asociación con sus subordinados en gran medida y ambos obtienen algo de la experiencia. Las características de este enfoque incluyen carisma, inteligencia

emocional, inclusividad, autenticidad, compromiso personal, desarrollo de relaciones, reflexión y crecimiento personal. La confianza es otra característica clave de una relación efectiva entre un líder y sus subordinados. Los líderes y las organizaciones que fomentan la confianza serán más eficaces para influir en el rendimiento del personal y lograr resultados organizacionales positivos. La confianza específica de seguridad se definió como la voluntad de un individuo de confiar en el líder basándose en la expectativa de que él o ella actuarán o intentará actuar de manera segura (24).

La confianza en la seguridad específica moderó la relación entre el liderazgo transformacional específico de la seguridad (un líder que enfatiza un entorno de seguridad) y los comportamientos de ciudadanía de seguridad, como plantear inquietudes, ayudar a otros con actividades de seguridad e informar violaciones de seguridad. En condiciones de alta y moderada confianza específica de seguridad, los líderes tuvieron un efecto significativo en el comportamiento de ciudadanía de seguridad de los subordinados. Sin embargo, en condiciones de baja confianza específica de seguridad, los líderes no influyeron significativamente en el comportamiento de ciudadanía de seguridad de los subordinados. Por lo tanto, se demostró que la confianza es un determinante clave del impacto de los comportamientos de liderazgo transformacional de los gerentes en los comportamientos del personal (25).

La capacidad de influenciar a otros es una función de las diferentes características de los individuos liderados y el contexto en el que se desempeñan. Por lo tanto, los

líderes a menudo deben adaptar su enfoque a los individuos, grupos o tareas en cuestión. Lo que se requiere en una situación de crisis es diferente de lo que se necesita en una sala de juntas. De manera similar, el proceso de toma de decisiones en un entorno empresarial puede ser diferente al de un entorno clínico. Independientemente del contexto, hay muchas similitudes en la forma en que los líderes son efectivos para ayudar a los seguidores a lograr objetivos personales y organizacionales. Los modelos de liderazgo relacional reflejan las características del liderazgo efectivo mencionado anteriormente y se encuentran dentro de la teoría del intercambio social (26).

El modelo teórico de liderazgo auténtico comprende cuatro características principales: procesamiento equilibrado, perspectiva moral interiorizada, transparencia relacional y autoconocimiento. El procesamiento equilibrado se refiere a analizar objetivamente la información disponible antes de tomar una decisión. La transparencia relacional se refiere a la capacidad de construir efectivamente relaciones de confianza a través de compartir abiertamente información y sentimientos apropiados para la situación. Esta transparencia crea un clima positivo que fomenta el compromiso del personal. La autoconciencia se refiere principalmente a la comprensión de las propias fortalezas, debilidades y la visión del mundo, además de estar en sintonía con las emociones y poder manejarlas. Sin embargo, la autoconciencia no se limita únicamente a uno mismo. También sugiere una conciencia de cómo nos relacionamos con los valores y perspectivas de los demás (27).

El liderazgo auténtico es una "construcción raíz", lo que significa que estas habilidades no se limitan a ningún estilo de liderazgo, sino que son fundamentales para varios enfoques de liderazgo. Se postula que uno no nace como líder ni posee "rasgos" particulares de liderazgo. Además, uno no tiene que mantener una posición de liderazgo formal para ser un líder auténtico, los líderes auténticos se involucran continuamente en la autorreflexión y el aprendizaje continuo. Aprenden de sus experiencias o "historias" para desarrollar una mayor conciencia de sí mismos, los líderes auténticos piden y escuchan comentarios honestos (28).

Los atributos del liderazgo auténtico como: autenticidad, confiabilidad, compasión y credibilidad. Los líderes auténticos son modelos a seguir, de honestidad, integridad y altos estándares éticos. Uno de los elementos centrales del liderazgo auténtico es ser claro y fiel a los valores de cada persona. Los líderes auténticos deben ser vistos fieles a lo que predicán. Sin embargo, es igualmente importante estar al tanto de los valores y las diferentes perspectivas de los demás para involucrarlos y obtener su apoyo. Por lo tanto, los líderes auténticos fuertes leerán a su audiencia y ajustarán su enfoque según sea necesario para obtener ese apoyo (23).

Algunas personas ven el "cambio de caras dependiendo de la situación" como manipulador y difícil de reconciliar con el concepto de autenticidad. Sin embargo, esto no debe interpretarse como manipulativo, sino más bien como una expresión genuina de sí mismo, acompañada de un agudo sentido de la situación y las necesidades de aquellos a quienes buscan influenciar. Tanto las experiencias

pasadas positivas como las negativas brindan a los líderes auténticos una mayor comprensión de lo que funciona y cuándo. Se podría argumentar que este enfoque es similar a las anteriores teorías de liderazgo situacional o de contingencia (20).

Esta capacidad de leer y responder a la situación permite a los líderes auténticos ser altamente efectivos en una variedad de entornos y mantener los objetivos de desempeño durante un largo período. Los efectos del liderazgo auténtico en el comportamiento de voz (hablar con preguntas o inquietudes) y la calidad del cuidado de la unidad están mediados por lo personal (con el líder) y social (con grupo de trabajo). La autenticidad y la capacidad de relacionarse con otros en función de diferencias individuales o contextuales son elementos empleados en el modelo de liderazgo transformacional. Sin embargo, el liderazgo auténtico no aborda adecuadamente el sentido de la visión que los líderes deben poseer y comunicar al personal para lograr un objetivo organizacional común, como la seguridad del paciente (10).

Las primeras versiones de la teoría que enfatizan la construcción de relaciones se basan en “transacciones relacionales” entre el líder y el seguidor. Estas versiones anteriores proponen que el líder proporciona algo para el seguidor a cambio de algo a cambio. Estas transacciones de beneficio mutuo se basan en la confianza y la reciprocación, y cada relación se basa en necesidades y objetivos individuales. La calidad de estas relaciones consta de 4 dimensiones: 1) contribución (realizar un trabajo más allá de lo que se espera); 2) afecto (amistad y afición); 3) lealtad; y 4)

respeto profesional. La calidad de la relación variará de baja a alta según el tipo y la cantidad de transacciones positivas (26).

2.2.1.1. LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL

El liderazgo efectivo es activo, mientras que el liderazgo ineficaz es pasivo o evitativo. El modelo relacional originalmente desarrollado, se basa en la noción de que los líderes transformacionales tienen la capacidad de motivar a los seguidores a hacer más de lo esperado. Después de varios refinamientos, el liderazgo transformacional fue conceptualizado como un componente en una "gama completa de liderazgo" (22).

El Modelo de liderazgo de rango completo propone un continuo de efectividad que va desde formas de liderazgo activo hacia abajo, como el liderazgo transformacional (altamente motivacional, inspirador y carismático) hasta el "liderazgo transaccional" (liderazgo de tipo directivo efectivo donde el foco está en la gestión de las operaciones del día a día); a "pasivo/evitativo" (liderazgo ineficaz) a *laissez faire* (ausencia de liderazgo) (28).

El liderazgo transformacional se describe como un "intercambio de orden superior" basado en una relación mutua que crea un cambio fundamental en la orientación, con implicaciones a largo y corto plazo para el desarrollo y el rendimiento. Además, el enfoque de la relación está en desarrollar el líder a su máximo potencial en la búsqueda de los objetivos de la organización. Los líderes transformacionales incorporan atributos como el carisma y la visión y emplean

comportamientos como la resolución de problemas mutuos y la atención a las necesidades individuales de los miembros del personal para literalmente "transformar" a los individuos y organizaciones al 1) elevar los niveles de conciencia de los seguidores sobre la importancia y el valor de y metas idealizadas; 2) lograr que los seguidores trasciendan su propio interés por el equipo u organización; y 3) moviendo seguidores para atender necesidades de nivel más alto (21).

Se describe a líderes más memorables como inspiradores, carismáticos, intelectualmente estimulantes, visionarios, desafiantes y orientados hacia el desarrollo mutuo. A partir de esto, inicialmente formularon tres factores que caracterizan el liderazgo transformacional: carisma, estimulación intelectual y consideración individualizada. El trabajo adicional sobre el modelo resultó en varias modificaciones, incluida la deconstrucción del carisma en 3 factores: atributos de influencia idealizados, comportamientos de influencia idealizados y motivación inspiradora. Los dos factores adicionales de estimulación intelectual y consideración individualizada siguen siendo los mismos, produciendo cinco factores de transformación en total (20).

Influencia idealizada, los atributos se refieren a las cualidades carismáticas del líder. Se les percibe como que tienen ideales altos y un fuerte sentido de la ética. Se considera que a menudo están colocando sus propias necesidades en segundo lugar a las de otros, lo que genera confianza y respeto por parte de sus seguidores, que incluso pueden querer emularlos. Influencia idealizada: los comportamientos se

refieren a la conducta consistente de un líder basado en principios, éticos y valores subyacentes. Sus acciones reflejan los comportamientos establecidos en un código de conducta y esperados de todo el personal de la organización (28).

La motivación inspiradora está estrechamente relacionada con la influencia idealizada. Se manifiesta en conductas de líder que generan optimismo y esperanza en los seguidores. El líder utiliza historias, anécdotas personales, simbolismo y otras estrategias para ayudar a los seguidores a encontrar un significado en su trabajo y visualizar estados futuros atractivos. La estimulación intelectual desafía a los seguidores a ser innovadores al cuestionar suposiciones, replantear problemas, encontrar soluciones y actuar de manera proactiva. Una respuesta no punitiva a los errores es fundamental, ya que se consideran oportunidades para aprender. La consideración individual brinda atención personal a las necesidades individuales de cada seguidor. El líder actúa como un entrenador y mentor y crea un entorno de aprendizaje de apoyo donde los seguidores se desarrollan a niveles de potencial cada vez mayores. Los líderes transformacionales emplean combinaciones variables de estos comportamientos según el contexto, la situación y las necesidades individuales o grupales para obtener un rendimiento superior y el logro de objetivos individuales y organizacionales (25).

2.2.1.2. LIDERAZGO TRANSACCIONAL

El liderazgo transaccional es un constructo separado que se describe como un "orden inferior" pero un conjunto efectivo de conductas de liderazgo basadas en "transacciones" recíprocas. Estas transacciones están dirigidas a lograr objetivos de

trabajo específicos donde las recompensas suelen depender del rendimiento. Existen dos factores en este tipo de liderazgo: recompensa contingente transaccional y gestión por excepción: activa. La recompensa contingente aclara las expectativas y aclara qué compensación/recompensa se puede esperar cuando se alcanzan los objetivos de rendimiento, como el pago por las horas trabajadas o un ajuste en los turnos programados a cambio de las horas extra (20).

El líder expresa satisfacción y ofrece reconocimiento cuando los seguidores cumplen con las expectativas. El foco de atención del líder es desviarse de los estándares y evitar el error. Los líderes utilizan un enfoque proactivo para monitorear el comportamiento de los seguidores, anticipar problemas y tomar medidas correctivas antes de que ocurran, es la gestión por excepción pasiva (27).

El liderazgo transaccional, es "pasivo/evitativo" y, por lo tanto, lo categorizan como liderazgo ineficaz. Los líderes que utilizan este enfoque son reactivos en lugar de proactivos. No abordan las situaciones y los problemas de manera sistemática y evitan aclarar las expectativas y los objetivos de desempeño. Más bien, responden solo cuando surgen problemas en lo que comúnmente se conoce como "gestión de crisis" que tiene un impacto negativo en el personal y los resultados (19).

Los líderes más efectivos usan una combinación de comportamientos de liderazgo transformacional y transaccional. "El liderazgo transaccional proporciona una base para un liderazgo efectivo, pero los empleados pueden realizar una mayor cantidad de esfuerzo adicional, efectividad y satisfacción al aumentar el liderazgo transaccional con liderazgo transformacional", el liderazgo transaccional se utiliza

para lograr objetivos de gestión, como aclarar las expectativas de trabajo y mantener la calidad del desempeño, mientras que el liderazgo transformacional está relacionado con el desarrollo y el cambio a largo plazo, produciendo mayores niveles de esfuerzo y satisfacción en los seguidores, lo que se traduce en una mayor productividad y resultados de calidad para la organización (20).

En el entorno hospitalario, los objetivos finales de la organización y los líderes dentro de él son brindar atención de calidad y segura a los pacientes. Por lo tanto, los líderes de la transformación no solo proporcionarán la infraestructura ambiental para respaldar la prestación de una atención segura, sino que también inspirarán al personal (enfermeras) a exhibir "mayores niveles de esfuerzo" para garantizar que los pacientes estén seguros y bien cuidados. Este "mayor nivel de esfuerzo" es el comportamiento de "rol extra" o "ciudadanía organizacional". Estos comportamientos van más allá de lo que generalmente se espera en el desempeño de los deberes con miras a mejorar los objetivos organizacionales de la atención segura (23).

El liderazgo transformacional no reemplaza al liderazgo transaccional; aumenta el liderazgo transaccional para alcanzar los objetivos del líder, asociado, grupo y organización". Existe un efecto moderador del liderazgo transformacional en la relación entre el estilo de liderazgo transaccional del supervisor y el clima de seguridad (nivel y fortaleza) y los resultados de seguridad del personal. El estilo de liderazgo transaccional se conceptualizó como patrones de comportamiento utilizados por los supervisores para tomar decisiones. Describen tres atributos de

estos patrones de comportamiento. El primer atributo, la orientación del patrón, se refiere a la capacidad del supervisor para transmitir un mensaje coherente en cuanto a la prioridad prevaleciente entre otras prioridades en competencia. El segundo atributo, la variabilidad del patrón, se refiere a la consistencia de las acciones de supervisión en circunstancias similares o diferentes. El atributo final, la simplicidad del patrón, sugiere que cuando se deben tomar en cuenta más factores al tomar una decisión, más complejo es el patrón de supervisión (21).

Una característica del liderazgo transformador es que estos comportamientos se aplican no solo en un esfuerzo por alcanzar los objetivos de la organización, sino también en un esfuerzo por guiar y fomentar las capacidades de liderazgo transformador en subordinados, compañeros y superiores por igual, este fenómeno como el "efecto en cascada". Proponen que cuando alguien trabaja con, o para, un líder verdaderamente transformador, las habilidades se transmiten de una a otra y también ellas desarrollarán esos atributos y comportamientos (23).

También encontraron que el liderazgo transformacional estaba más fuertemente correlacionado con los criterios que reflejaban la satisfacción de los seguidores, mientras que el liderazgo transaccional estaba más fuertemente relacionado con los criterios de efectividad organizacional o de grupo, lo que sugiere que ambos estilos de liderazgo son importantes (25).

2.2.1.3. LIDERAZGO EVITADOR

La prevalencia del liderazgo laissez-faire en la vida laboral contemporánea es sorprendentemente alta, un liderazgo deficiente, incluido el laissez-faire, es una causa fundamental de factores estresantes importantes en el lugar de trabajo, como la ambigüedad de roles. De acuerdo con esto, es razonable creer que el liderazgo laissez-faire, caracterizado por evitar comportamientos de liderazgo, o la mera falta de presencia de líderes cuando los subordinados necesitan liderazgo está estrechamente relacionado con los subordinados que experimentan situaciones laborales estresantes caracterizadas por una falta de claridad con respecto a los deberes y responsabilidades dentro de la organización (22).

Los entornos de práctica de apoyo se componen de características que permiten a las enfermeras practicar de una manera que cumpla con los estándares profesionales aceptados y logre los objetivos de una atención de enfermería segura y de calidad. Crear un ambiente de trabajo saludable para la práctica de enfermería es crucial para mantener una fuerza laboral de enfermería adecuada. La naturaleza estresante de la profesión a menudo conduce al agotamiento, la discapacidad y el alto ausentismo y, en última instancia, contribuye a la creciente escasez de enfermeras. Los líderes desempeñan un papel fundamental en la retención de enfermeras al configurar el entorno de la práctica médica para producir resultados de calidad para el personal de enfermería y pacientes (28).

Cuando el personal de enfermería siente que hay una relación positiva con su gerente y percibe que están comprometidos con el desarrollo profesional, es más probable que consideren que el entorno de la práctica tiene los recursos necesarios

para brindar atención de calidad, también encontraron que una mayor satisfacción con el entorno laboral da como resultado un aumento de las percepciones positivas sobre la calidad de la atención. Abogaron por más estudios "para probar la capacidad predictiva de los entornos de trabajo en pacientes, enfermeras y resultados organizacionales" que respalda la necesidad y la contribución de este estudio. Características de un entorno de práctica de apoyo (24).

La Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos lanzó una publicación histórica que especifica 6 estándares (comunicación especializada, verdadera colaboración, toma de decisiones efectivas, personal adecuado, reconocimiento significativo y liderazgo auténtico) necesarios para establecer y sostener Entornos laborales saludables en la asistencia sanitaria. Más recientemente, la Canadian Quality Work Life Quality Healthcare Collaborative (QW QHC) lanzó un plan de acción que decía "Una forma fundamental de mejorar la atención médica es a través de mejores lugares de trabajo de atención médica". El informe identifica 11 indicadores de entornos de trabajo saludables que incluyen factores del sistema, organizativos, de empleados y pacientes, como el índice de rotación y de vacantes, el ausentismo, la satisfacción laboral del proveedor de atención médica, la seguridad del paciente y la satisfacción del paciente. La Colaborativa alienta a los líderes en todos los niveles del sistema de prestación de atención médica a monitorear y tomar medidas para mejorar cada una de estas áreas, demostrando el importante papel que desempeña el liderazgo en la creación de entornos de trabajo saludables. Además, estos indicadores demuestran el vínculo

entre entornos de trabajo saludables y la seguridad del paciente, lo que respalda la premisa de este modelo (19).

2.2.2. CULTURA DE SEGURIDAD

La seguridad del paciente se define como "la prevención y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención médica", se amplía la definición más allá de simplemente evitar el daño: "la búsqueda de la reducción y mitigación de los actos inseguros dentro del sistema de atención médica, así como el uso de las mejores prácticas que se muestran conducen a un paciente óptimo. La seguridad del paciente a menudo se describe como brindar la atención adecuada al paciente correcto de la manera correcta en el momento adecuado (29).

2.2.2.1. PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS

Deben de existir organismos dentro de las instituciones de salud que hagan un seguimiento y control de las medidas de seguridad que se estén aplicando, las normas de seguridad en un hospital se basan en principios higiénicos y de seguridad general, aplicables a todo tipo de centros de salud, ciertas zonas requieren una serie de normas específicas, cuando los encargados de supervisar la seguridad son los líderes en enfermería se obtienen mejores resultados (30).

Cuando se reemplaza a los líderes de enfermería con gerentes que no son de enfermería, responsables de múltiples programas clínicos con un gran control se genera un ambiente de mayor desconfianza y una reducción en la satisfacción de la enfermera. Las enfermeras se sintieron en riesgo de revelar sus errores por temor a

una acción punitiva que impidió la divulgación de eventos adversos al público. Sin embargo, el aumento de la conciencia pública y las expectativas de responsabilidad en la atención médica han dado como resultado que las políticas hospitalarias definan la divulgación completa de los eventos adversos y el informe público obligatorio sobre los indicadores de seguridad del paciente incluyen: infecciones adquiridas en el hospital, cumplimiento con el lavado de manos, profilaxis preoperatoria con antibióticos y, más recientemente, la implementación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (31).

Existen tres tipos de justicia organizacional, dos de los cuales se relacionan con el tipo y la asignación de recompensas y uno que aborda las interacciones con otros en la organización. Los dos primeros se corresponden con los comportamientos de liderazgo transaccional, mientras que el segundo se relaciona más con los comportamientos de liderazgo transformacional. Cuando las enfermeras perciben un desequilibrio entre los esfuerzos que realizan en su trabajo y las recompensas que reciben, sufren consecuencias físicas y emocionales. Sin embargo, los profesionales de la salud que a menudo están motivados intrínsecamente, valoran las recompensas monetarias menos que otros tipos de recompensas y reconocimiento. Por lo tanto, es más probable que las enfermeras valoren las recompensas, como el reconocimiento público de un trabajo bien hecho en lugar de pago de horas extras; y apoyo para asistir a conferencias profesionales o estudios académicos, es importante que se considere que los gerentes apliquen estas recompensas de manera equitativa entre todos los miembros del equipo (32).

Esta reticencia continúa hoy como lo demuestra el hecho de que los eventos adversos continúan siendo poco reportados a pesar de los esfuerzos para tranquilizar al personal y para construir sistemas de informes que sean voluntarios, anónimos y fáciles de usar, el subinforme puede ser el resultado de que el personal esté demasiado ocupado o lo perciba como una pérdida de tiempo. Independientemente del sistema de informes utilizado, el enfoque de los informes es descubrir los problemas del proceso y del sistema que pueden haber contribuido al error para que se puedan realizar mejoras. Garantizar la seguridad del paciente requiere más que solo contar con personal calificado y equipo suficiente para brindar atención (33).

Se requiere una cultura organizacional que muestre un compromiso compartido con la atención de calidad, los procesos estandarizados y confiables, el trabajo en equipo y la comunicación colegial, la respuesta no punitiva al error y la voluntad de aprender de los errores. El desarrollo de tal cultura requiere líderes transformadores, que sean capaces de inspirar una visión compartida, crear entornos de práctica de apoyo y maximizar las habilidades y el rendimiento de su personal para lograr resultados óptimos para el paciente. El vínculo entre el liderazgo y la percepción de la cultura de seguridad del paciente se ha abordado en varios estudios discutidos anteriormente (34).

La seguridad psicológica es una construcción fundamental en la literatura de seguridad del paciente y se basa en la confianza. El personal debe confiar en que no será penalizado si expresan inquietudes o cuestionan opiniones, los líderes pueden

"entrenar" al personal para expresar sus preocupaciones, mejorando así la seguridad del paciente y el rendimiento del equipo (30).

Los líderes superiores visitan las unidades clínicas y los departamentos auxiliares para involucrar al personal de primera línea en una conversación sobre sus preocupaciones con respecto a la seguridad del paciente y dan sugerencias para soluciones apropiadas o mejoras de procesos (31).

Las enfermeras están más influenciadas por sus supervisores directos que por los líderes principales de la organización. Dados los cambios profundos que se requieren para cambiar fundamentalmente la cultura de las organizaciones de salud, parece apropiado examinar un modelo de liderazgo que tenga un componente visionario fuerte como el modelo de liderazgo transformacional (35).

2.2.2.2. CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES

Las conceptualizaciones anteriores de la seguridad del paciente se basaron en la noción de "no hacer daño" y se basan en el Código de Ética de Enfermería y en los Estándares de Práctica de Enfermería. Los errores no fueron bien tolerados y, a menudo, se mantuvieron ocultos tras una cortina de secreto. una creciente conciencia de que el contexto complejo de la prestación de asistencia estaba contribuyendo a aumentar el riesgo del paciente, llevó a una campaña para ir más allá de culpar a la enfermera y el lema "Sin culpa, Sin vergüenza" se usó con frecuencia para describir una cultura de seguridad del paciente positivo. Si bien este movimiento tenía la intención de alentar a las enfermeras a manifestarse cuando

cometieron un error, hubo una percepción por parte del público y de las enfermeras, que "sin culpa" implicaba "no responsabilidad" (36)

La percepción de una persona del nivel de seguridad en un lugar específico depende de muchos factores, incluidas las experiencias pasadas en ese lugar, los incidentes ocurridos y más. Por lo tanto, cuando la percepción individual de que un establecimiento de salud o un servicio en específico es inseguro se convierte en la regla general, es cuando la percepción de seguridad se convierte en un atributo del servicio (34).

Como resultado, la frase "Sin culpa..." fue reemplazada por la cultura de seguridad del paciente "No punitiva". En los últimos años, ha habido un mayor énfasis en los derechos del consumidor y la atención de enfermería centrada en el paciente. Este movimiento de defensa del consumidor coincidió con un mayor sentido de responsabilidad pública y justicia organizacional. Por lo tanto, la literatura reciente describe una cultura "Justa" de seguridad del paciente, donde el personal recibe un trato justo cuando ocurren errores, pero se evalúa la responsabilidad de las acciones y se asignan las consecuencias justas dentro de una filosofía de transparencia para los pacientes y el público (37).

Estos cambios reflejen un mayor conocimiento y comprensión de la relación entre la atención de enfermería, la seguridad del paciente y el contexto más amplio en el que se encuentran ambos. La atención de salud ha experimentado cambios importantes y rápidos en las últimas tres décadas. Los hospitales se han fusionado con otros hospitales que desarrollan grandes corporaciones regionales, mientras que

la filosofía de "Cercano al hogar" promovió un traslado de servicios y pacientes fuera del hospital y hacia la comunidad. Los hospitales se gestionaban según un modelo de negocio, que hacía hincapié en la flexibilidad fiscal y organizativa. Se promulgaron sistemas / procesos que promovían la eficiencia, como la reducción de la duración de la estadía y los tiempos de espera, la integración de servicios para reducir la redundancia, la automatización y la informatización. El resultado fue un entorno más complejo con un aumento concomitante en la agudeza y complejidad de los pacientes que permanecen en el hospital. Esto, a su vez, pone a las enfermeras en mayor riesgo de cometer un error y pone a los pacientes en mayor riesgo de daño (38).

La justicia interactiva refleja la "seguridad psicológica". Sin importar el rango o el rol en la organización, la confianza mutua y el respeto entre todos los empleados es esencial para crear un clima donde las ideas y preocupaciones puedan compartirse libremente, el aprendizaje puede ocurrir y la innovación puede florecer, el comportamiento de apoyo del líder y la confianza en la administración es necesario para que el personal se sienta cómodo al expresar sus inquietudes o sugerencias para mejorar. Como parte de un estudio más amplio sobre las condiciones de trabajo de enfermería, la Justicia Interaccional contribuyó significativamente a la sensación de respeto y dio como resultado una mayor satisfacción en el trabajo, confianza en la administración, calificaciones más altas de calidad de enfermería y personal (39).

Las relaciones interprofesionales positivas mejoraron no solo la calidad de la atención prestada, sino también la satisfacción laboral de la enfermera. Todos estos hallazgos sugieren que las características de la cultura de seguridad del paciente más predictivas de los resultados del paciente son aquellas que también contribuyen a un ambiente de trabajo positivo y fomentan percepciones positivas de atención de calidad (35).

Las características clave de una cultura de seguridad del paciente incluyen relaciones respetuosas y colaborativas entre enfermeras, una comunicación abierta y clara, y una respuesta de aprendizaje contra punitiva a los errores. Como tal, una sólida cultura de seguridad del paciente comparte estas características con los entornos de práctica de empoderamiento y las características del hospital (40).

La provisión de "atención de calidad" presupone una atención "segura" y, idealmente, buenos resultados, cuando las enfermeras encuentran que sus unidades apoyan una atención de calidad segura, informan una mayor satisfacción laboral. "Una cultura de seguridad del paciente, positiva se asocia con actitudes positivas que pueden influir en la adopción de conductas y prácticas seguras". Por lo tanto, es razonable suponer que es más probable que las unidades clínicas que muestran una sólida cultura de seguridad del paciente cuenten con mejores procesos de atención y relaciones de colaboración que se asocien positivamente con una eficaz práctica del liderazgo (34).

2.2.2.3. DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD

Los médicos y enfermeras de primera línea ayudaron a diseñar el proceso que incluía controles dobles para minimizar el error anticipado u omisión de un paso crítico. Obtuvieron datos de referencia para poder medir la mejora después de la implementación de estos procesos y demostraron flexibilidad para realizar cambios frecuentes y rápidos en los procesos según sea necesario en función de los comentarios del personal y las medidas de resultado (40).

Al examinar las relaciones entre los cuidadores y los pacientes, y dentro del propio equipo de atención médica interdisciplinario, a menudo se caracterizan por una jerarquía y una comunicación deficiente, lo que es inconsistente con una cultura de seguridad positiva del paciente. La aplicación de la Teoría de la justicia social se está abriendo camino en la atención médica para abordar estas desigualdades y, por lo tanto, promover un clima de colegialidad, imparcialidad y transparencia en un entorno de aprendizaje continuo. Por lo tanto, la literatura actual sobre seguridad del paciente se refiere a una "Cultura justa de la seguridad del paciente" (41).

Si bien el concepto de seguridad del paciente ha evolucionado para asumir un enfoque más punitivo y no centrado en los sistemas, este importante cambio de paradigma debe equilibrarse con el concepto de responsabilidad para ser justo y equitativo, una cultura justa y equitativa es "una que aprende y mejora identificando y examinando abiertamente sus propias debilidades" y está dispuesta a exponer áreas de debilidad tan fácilmente como se muestran áreas de excelencia, la identificación y el informe de los eventos adversos potenciales y reales se

consideran fundamentales para lograr una cultura de seguridad del paciente donde los errores se consideran una oportunidad de aprendizaje frente a disciplina (35).

Los eventos adversos se definen como una lesión o complicación no intencionada que se traduce en una discapacidad en el momento del alta, la muerte o la estancia hospitalaria prolongada y que está causada por el manejo de la atención médica en lugar de por el proceso de la enfermedad subyacente del paciente”. Como se mencionó anteriormente, los administradores y consumidores del hospital, a menudo sostuvieron la opinión equivocada de que los profesionales de la salud eran de alguna manera infalibles. Por lo tanto, hubo una baja tolerancia a los errores cuando se expusieron, lo que a menudo llevó a acciones disciplinarias y punitivas contra los profesionales involucrados. En consecuencia, ese tipo de respuesta resultó en una renuencia del personal a revelar cuando habían cometido un error (42).

Los líderes de la atención de la salud tienen el desafío de identificar aquellas prioridades que tienen una importancia estratégica particular en la seguridad del paciente, la cultura está definida por el liderazgo y, en última instancia, los líderes deben entender la cultura existente para poder redefinirla (39).

Los valores organizacionales deben de impulsar los procesos de seguridad del paciente en lugar de mandatos externos; y cambiar la seguridad del paciente de una prioridad a un valor dado que las prioridades están más sujetas a cambios que las creencias profundamente arraigadas (38).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

CULTURA ORGANIZACIONAL, es un sistema de significado compartido sostenido por los miembros, que distingue a la organización de otras organizaciones; la cultura organizacional son las normas, creencias, principios y formas de comportamiento distintivos que se combinan para dar a cada organización su carácter distintivo; la cultura organizacional es para una organización lo que la personalidad es para un individuo. La cultura organizacional es un patrón de supuestos básicos inventados, descubiertos o desarrollados por un grupo dado a medida que aprende a enfrentar sus problemas de adaptación externa e integración interna que ha funcionado lo suficientemente bien como para ser considerado válido, y por tanto, para ser enseñado a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación a esos problemas; es un comportamiento adaptativo dentro de la organización inculcado a través de valores y creencias (12).

LÍDER, es una persona que selecciona, equipa, entrena e influye en uno o más seguidores que tienen diversos dones, habilidades y destrezas y enfoca a los seguidores en la misión y los objetivos de la organización, lo que hace que los seguidores lleguen a gastar voluntaria y entusiastamente energía espiritual, emocional y física en un esfuerzo coordinado y concertado para lograr la misión y los objetivos de la organización. El líder logra esta influencia al transmitir una visión profética del futuro en términos claros que resuena con las creencias y

valores de los seguidores de tal manera que los seguidores puedan entender e interpretar el futuro en pasos de acción en el tiempo presente (24).

ENFERMERA(O), es la persona que usa el juicio científico en la prestación de cuidados para que las personas, las familias y las comunidades puedan promover, prevenir, mantener, mejorar, o recuperar la salud, hacer frente a los problemas de salud y lograr la mejor calidad de vida posible, sea cual sea su enfermedad o discapacidad, hasta la muerte. Se basa en un enfoque biopsicosocial y espiritual de la persona; además de considerar que el ser humano es un ente que influencia y es influenciado por el medio ambiente natural (11).

SERVICIOS DE SALUD, son todas las actividades que satisfacen las necesidades de salud de las personas, incluye intervenciones de salud preventivas y curativas para un grupo de población en particular; que se distingue por su etapa en el ciclo de vida. Es la oferta de atención que necesitan las personas, cuando lo necesitan, de una manera fácil de usar, logran los resultados deseados a un precio aceptable y accesible que puede estar subsidiado por el estado (35).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, son los servicios de salud que recibe de forma inicial e inmediata la persona; se enfoca en actividades de promoción y prevención, además de dar soporte de emergencia ante alguna situación siniestra que daña a la salud para luego referirlo a un centro de mayor resolución. La mayor parte de sus actividades son de alfabetización en salud y tienen mucha proximidad con las familias y grupos comunitarios (26).

SEGURIDAD DEL PACIENTE, es la ausencia de lesiones accidentales o evitables producidas por la atención de salud, se aplica a iniciativas diseñadas para prevenir resultados adversos de errores en la atención de salud. La mejora de la seguridad del paciente abarca tres actividades complementarias: prevenir errores, hacer que los errores sean visibles y mitigar los efectos de los errores (31).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo; mayor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo 2021.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre el **liderazgo transformacional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo transformacional; mayor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2021
2. La relación entre el **liderazgo transaccional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo transaccional; menor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2021
3. La relación entre el **liderazgo evitador** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo evitador; menor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2021

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Liderazgo en enfermería

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Cultura de seguridad en los servicios de enfermería

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Número de hijos
- Estado civil
- Otras actividades laborales
- Años de experiencia laboral en la institución
- Estudios de especialización y post grado

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	Es el conjunto de habilidades directivas que posee la enfermera para influir en la forma de ser o actuar de su grupo de trabajo, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de las metas y objetivos de las instituciones de salud.	Liderazgo transformacional	Orientación hacia cambiar las expectativas, percepciones y motivaciones, así como liderar el cambio dentro de una organización, es observable cuando los líderes y seguidores trabajan juntos para avanzar a un nivel superior de moral y motivación.	Presunción de trabajar conmigo	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Tener el respeto		
				Plena confianza en mí.		
				Confianza para superar obstáculos		
				Charlas para motivarlos.		
				Potenciar la motivación		
				Desarrollar nuevas motivaciones		
				Resolución cuidadosa de los problemas		
				Uso el razonamiento y en la evidencia		
				Orientar problemas como oportunidades		
				Orientar problemas de forma nueva.		
				Usar inteligencia en los obstáculos.		
				Fundamentar opiniones		
				Nievo enfoque de los problemas		
		Formar a los que necesitan.				
Atender a los que consiguen las metas						
Enseñar lo que se necesite						
Liderazgo transaccional	Se centra en el papel de	Dar lo que quieren por su apoyo.				
		Acuerdo lo esperado y lo que doy				

			supervisión, organización, el líder promueve el cumplimiento de tareas y funciones a través de los premios o castigos.	Posibilidad de negociar		
				Pueden lograr requerido si siguen lo pactado		
				Dar lo deseado a cambio de su cooperación.		
				No cambio si las cosas salen bien.		
				Evito involucrarme en su labor		
				Considero “si funciona, no lo arregles”		
				Intervengo solo en dificultades		
				No hago cambios si las cosas marchan bien.		
		Dejo que sigan haciendo su trabajo				
		Liderazgo evitador	El líder tiene un papel más pasivo y sus trabajadores son los que toman la mayor responsabilidad en las decisiones, existe completa autonomía,	Concurrencia con poco efecto		
		Evitar estar presente				
		Evitar decisiones.				
		Evitar confrontar problema.				
		Evitar dar orientaciones				
Permanecer ausente						

VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CULTURA DE SEGURIDAD	Es laborar en un medio en el que todas las actividades realizadas buscan garantizar la seguridad del paciente, existe la capacidad de reconocer los errores y ser reportados para que el análisis posterior para implementar mejoras.	PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS	Son las precauciones que se toman para anular o reducir todo tipo de riesgo en las actividades sanitarias realizadas de forma cotidiana en la institución; estas previsiones se hallan implícitas en los procedimientos establecidos y deben ser cumplidas de manera estricta.	Predisposición a evitar riesgos en la seguridad	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Aceptación de sugerencias para la seguridad		
				Anteponer la seguridad a la productividad		
				Pasar por alto la seguridad		
				Apoyo mutuo		
				Colaboración ante el intenso trabajo		
				Trato respetuoso		
				Ayuda de otros compañeros		
				Suficiente personal		
				Evitar jornadas laborales agotadoras		
				Evitar personal sustituto o temporal		
				Evitar la presión		
		Cooperación entre las unidades/servicios				
		Trabajo coordinado de los servicios/unidades				
		Buena coordinación entre unidades				
		Comodidad al trabajar con otra unidad				
CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES	Es la convicción moral de los profesionales de salud de actuar eliminando o	Notificación de errores que dañan				
		Notificación de errores que no dañan				
		Notificación de errores con consecuencias				
		Aumento del trabajo sacrificando la seguridad				

			reduciendo en todo lo posible los riesgos, en cada uno de los procedimientos realizados y en las decisiones tomadas que involucran la salud y el bienestar del paciente	Procedimientos para evitar errores A prueba de fallos por casualidad Problemas relacionados con la seguridad Comunicación de posibles datos Cuestionamiento de decisiones de superiores Se hacen las preguntas necesarias Pérdida de información entre un servicio y otro Pérdida de información en cambios de turno Problemático intercambio de información Problemas de atención por cambios de turno.		
		DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD	Son las normas y directivas institucionales emitidas que evitan eventualidades que puedan afectar la salud o impedir la adecuada recuperación del paciente; su incumplimiento presupone sanciones.	Actividades para mejorar la seguridad Medidas para detectar y evitar fallas Se comprueba las mejoras de la seguridad Respuesta ante la notificación Cuestionar de acciones Discusión de la forma de evitar errores Uso pernicioso de los errores Búsqueda de culpables ante un fallo Temor a cometer errores Clima laboral que favorece la seguridad La seguridad es la prioridad Interés por la seguridad tras un suceso adverso		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se siguió el método científico; ya que se realizó una medición sistemática de las variables orientados en teorías con valor científico; se buscó probar hipótesis, además se aseguró que al ser repetido todo el proceso se puedan obtener los mismos resultados; asimismo se deja expresa la opción a la falsabilidad de las teorías y métodos utilizados como de los hallazgos obtenidos.

Fue de enfoque cuantitativo, porque nos orientamos en variables bien definidas, además las variables que son ordinales por naturaleza fueron transformadas a una escala de razón y proporción; se realizó la asignación de magnitudes numéricas a hechos cualitativos ordinales, permitiendo un procesamiento de mayor objetividad y rigurosidad metodológica.

Como métodos específicos se utilizó:

- Método inductivo; porque reuniendo sucesos individuales sobre: la práctica del liderazgo en enfermería y la cultura de seguridad se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que un liderazgo transformacional por parte de las enfermeras lleva a la adopción de prácticas orientadas a la conservación de la seguridad del usuario que favorecen la recuperación, conservación o potenciación de la salud del usuario.
- Método deductivo; porque determinamos las características de una realidad particular (liderazgo enfermero y cultura de seguridad) por derivación de enunciados contenidos en proposiciones de carácter general formuladas con anterioridad (Teoría del liderazgo transformación del Bernard Bass) (43).

- Estadístico - inferencial, porque en el análisis de los datos se estimaron parámetros a partir de estadígrafos calculados en datos muestrales (44).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue: básica, transversal, observacional.

Básica, porque los aportes conceptuales generados no tienen aplicación práctica inmediata; además los resultados solo amplían nuestra comprensión sobre el fenómeno estudiado.

Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.

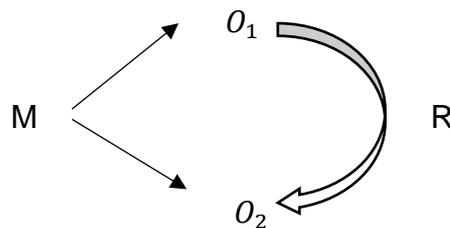
Observacional, las investigadoras se restringieron a examinar los datos tal como aparecieron en la realidad (45).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación efectuada fue de nivel relacional, porque se evaluaron dos variables y se estableció la existencia de relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la correspondencia entre estas variables no es casual, además no se hizo ninguna manipulación de las variables (46).

4.4. DISEÑO

La investigación efectuada corresponde a un estudio descriptivo correlacional representado con el siguiente esquema:



Donde:

O_1 = Conjunto de datos en referencia al liderazgo de enfermería.

O_2 = Conjunto de datos en referencia a la cultura de seguridad.

R = Relación existente entre ambas variables.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 111 licenciadas en enfermería que laboraban en los establecimientos de salud de la micro red “El Tambo” en el 2021, y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Enfermeras que aceptaron a participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
2. Enfermeras que venían laborando por más de dos años en la institución.
3. Enfermeras que aparentaban buen estado de salud.
4. Enfermeras que tenían una edad entre 25 y 60 años.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Enfermeras que se mostraban poco colaboradoras con el estudio.
2. Enfermeras que referían haber tenido algún problema administrativo o disciplinario con la institución.
3. Enfermeras que refirieron tener algún problema psicológico que afectaba su desempeño profesional.
4. Enfermeras que estaban atravesando por algún problema familiar (separación, pérdida o enfermedad grave de un familiar cercano).

4.5.2. MUESTRA

Para seleccionar a las enfermeras que conformaron a la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, de forma preliminar se calculó el tamaño muestral utilizando, la fórmula de tamaño muestral por proporciones, que responde a la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de enfermeras con buena práctica de liderazgo y buena cultura de seguridad (83 % según Murray M, Sundin D, Cope V, 2017)
- q : Proporción de enfermeras con buena práctica de liderazgo y mala cultura de seguridad (17 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{111 * 0.83 * 0.17 * 1.96^2}{0.05^2 * (111 - 1) + 0.83 * 0.17 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{111 * 0.1924 * 3.84}{0.0025 * (110) + 0.1924 * 3.84}$$

$$n = \frac{82}{0.275 + 0.738}$$

$$n = \frac{82}{1.013}$$

$$n = 81$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 85 enfermeras que laboraban en los establecimientos de salud de Micro Red de Salud “El Tambo” en el 2021.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Cuestionario de liderazgo en enfermería” (Leadership Questionnaire In Nursing) que se basó en el cuestionario (CELID versión A) que se fundamenta en la teoría de Liderazgo de Bass, este instrumento permite valorar los estilos de liderazgo y la práctica del liderazgo.

El cuestionario consta de 34 ítems que están distribuidos en tres dimensiones: la dimensión de liderazgo transformacional posee 4 subdimensiones que son: carisma con motivación inspiracional, estimulación intelectual, consideraciones individualizadas y le corresponden los ítems del 1 al 17. La dimensión liderazgo

transaccional que posee dos sub dimensiones que son: recompensa contingente y dirección por excepción y le corresponden los ítems del 18 al 28. La dimensión liderazgo evitador o ausencia de liderazgo le corresponden los ítems del 29 al 34.

Para cada una de los ítems se ofrece 5 opciones de respuesta que son: total desacuerdo (0), desacuerdo (1), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2), de acuerdo (3), totalmente de acuerdo (4).

Para dar procesamiento e interpretación general, los valores de los ítems que corresponden a la dimensión de liderazgo transaccional y liderazgo evitador deben de ser invertidos; luego se procede a sumar los valores obtenidos en los diferentes ítems y se interpreta de acuerdo al siguiente baremo: (0 – 27.2) muy mala condición liderazgo, (27.3 - 54.4) mala condición liderazgo, (54.5 - 81.6) regular condición liderazgo, (81.7 - 108.8) buena condición liderazgo, (108.9 – 136) muy buena condición de liderazgo.

La validez fue comprobada en diversos estudios aplicados en países latinoamericanos, Argentina con el autor: Alejandro Castro Solano y Casulio; por análisis factorial con un KMO = 0.85 y una significancia del índice de la esfericidad de Bartlett de 0.002. Del mismo modo la confiabilidad fue confirmada con un alfa de Cronbach de 0.91 (28).

Como no existen estudios locales que comprueben la validez del instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 enfermeras de la Micro Red de Salud Chilca, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad. De forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron licenciadas en enfermería con grado de magíster y con experiencia en manejo de personal.

FICHA TÉCNICA

Nombre del instrumento:	“Cuestionario de liderazgo en enfermería”
Nombre del instrumento original:	Multifactor Leadership Questionnaire
Autor:	Bruce J. Avolio y Bernard M. Bass 1980
Procedencia:	Binghamton University, USA
Adaptación española:	Castro, Nader y Casull
Administración:	Colectiva e individual.
Duración:	Entre 20 y 30 minutos, incluidas las instrucciones.
Aplicación:	Profesionales de enfermería
Significación:	Evalúa el liderazgo a partir de las dimensiones: Orientación transformacional Orientación transaccional Orientación de evitación
Tipificación:	Baremos de 5 categorías.
Material:	Hoja con cuestionarios para autocumplimentado

4.6.2. PARA VALORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Cuestionario de cultura de seguridad en los servicios de enfermería” basado en el “Cuestionario Hospital Survey On Patient”; que está conformado por 42 ítems distribuidos en doce dimensiones, el evalúa la percepción de los profesionales de enfermería con respecto a la cultura de seguridad que se lleva en sus servicios o consultorio. Está conformado por 12 dimensiones que son: frecuencia de eventos notificados (ítems del 1 al 3), percepción de seguridad (ítems del 4 al 7), expectativas y acciones de la dirección (ítems del 8 al 11), aprendizaje organizacional/ mejora continua (ítems del 12 al 14), trabajo en equipo en la unidad/ servicio (ítems del 15 al 18), franqueza en la comunicación (ítems del 19 al 21), feed-back y comunicación sobre errores (ítems del 22 al 24), respuesta no punitiva a los errores (ítems del 25 al 27), dotación de personal (ítems del 28 al 31), apoyo a la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (ítems del 32 al 34), trabajo en equipo entre unidades (ítems del 35 al 38) y problemas en cambio de turno y transiciones entre unidades (ítems del 39 al 42).

Para cada una de los ítems se ofrece 5 opciones de respuesta que son: total desacuerdo (0), desacuerdo (1), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2), de acuerdo (3), totalmente de acuerdo (4). Para dar procesamiento e interpretación se procede a sumar los valores obtenidos en los diferentes ítems y se interpreta de acuerdo al siguiente baremo: (0 – 33.6) muy mala cultura de seguridad, (33.7 – 67.2) mala cultura de seguridad, (67.3 – 100.8) regular cultura de seguridad, (100.9 – 134.4) buena cultura de seguridad, (134.5 – 168) muy buena cultura de seguridad.

La validez de constructo fue comprobada por Jurado L, en el 2018, por análisis factorial con un $KMO = 0.87$ y una significancia del índice de la esfericidad de Bartlett de 0.02. De la misma forma la confiabilidad fue confirmada con un alfa de Cronbach de 0.87 (47).

Como no existen estudios locales que comprueben la validez del instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 enfermeras de la Micro Red de Salud Chilca, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad. De forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron licenciadas en enfermería con grado de magíster y con experiencia en manejo de personal.

FICHA TÉCNICA

Nombre del instrumento:	Cuestionario de cultura de seguridad en los servicios de enfermería
Nombre original:	Hospital Survey on Patient Safety Culture
Autor:	Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, 1990
Procedencia:	Agency for Healthcare Research and Quality, USA
Adaptación española:	López V, Puentes M; Universidad Del Rosario, Bogotá
Administración:	Colectiva e individual.
Duración:	Entre 25 y 35 minutos, incluidas las instrucciones.
Aplicación:	Profesionales de enfermería
Significación:	Evalúa la cultura de seguridad, distribuidos en doce dimensiones: frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección, aprendizaje organizacional/ mejora continua, trabajo en equipo en la unidad/ servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo a la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambio de turno y transiciones entre unidades.
Tipificación:	Baremos de 5 categorías.
Material:	Hoja con cuestionarios para autocumplimentado

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Teniendo los instrumentos rellenos se procedió con la tabulación y luego se elaboró una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2019, esta base de datos fue exportada al programa estadístico SPSS v.25 para Windows con el que se realizó todo el análisis estadístico.

Para determinar el liderazgo en enfermería, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de barras de forma global y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones para cada una de las variables de contraste.

Para establecer la cultura de seguridad, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de barras forma global y para cada una de las dimensiones, se hallarán estadísticos descriptivos y se indagaron diferencias para cada una de las variables de comparación.

4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para comprobar la asociación entre el liderazgo y la cultura de seguridad, primero se evaluó y confirmó la normalidad de los datos de ambas variables mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov; luego se elaboraron diagramas de dispersión para constatar de manera visual la asociación entre las variables. Se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y se recurrió al análisis del “p value” para confirmar su significancia; para tener una contrastación de hipótesis más analítica se empleó la “prueba t de student para correlaciones”. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDOS PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se comprobó la normalidad de los datos.
- Se eligió el tipo de prueba utilizar.
- Se estableció el nivel de confianza ($\alpha = 0.05$)
- Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla.
- Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.
- Se interpretó el resultado.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado fue correlacional de corte transversal y no se incurrió en ninguna intervención directa sobre las enfermeras y se ejecutó respetando todos los derechos ciudadanos y profesionales.

Se tomó en consideración los aspectos éticos para la investigación científica establecidos por la universidad:

Art. 27°. Principios que rigen la actividad investigativa

Todo el desarrollo de la investigación se orientó en los principios de:

Respetar la autonomía, solo se admitió como participantes a aquellas enfermeras que aceptaron a participar voluntariamente de la investigación, no se dio ningún tipo de coacción, se brindó información sobre el estudio y su importancia, se obtuvo la firma del consentimiento informado.

Beneficencia y no maleficencia, el fin último del presente estudio se orienta hacia la adopción de una cultura de seguridad impulsado por el ejercicio del liderazgo en enfermería; el estudio fue metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son válidas y su aplicación será beneficiosa. Como no se realizó ningún procedimiento que pueda perjudicar y/o empeorar la situación de las enfermeras se cumplió plenamente con este principio.

Art. 28°. Normas de comportamiento ético de quienes investigan

Se siguieron normas de comportamiento ético como: ser coherentes con las líneas de investigación de la universidad.

Proceder con rigor científico, en la investigación se ha cumplido de forma estricta con las exigencias del método científico, por lo que existe garantía que los resultados son originales y reflejan cualidades auténticas de la realidad del liderazgo y la cultura de seguridad en enfermería.

Asumir en todo momento la responsabilidad de la investigación, las investigadoras son conscientes de las consecuencias de todos sus actos vinculados a la realización de esta investigación y las asumen en toda su magnitud.

Garantizar la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas, las investigadoras protegerán la información privada proporcionada por las enfermeras participantes para que no se divulgue.

Las investigadoras demuestran probidad y veracidad; los datos son verdaderos y no se han omitido datos relevantes, se informan los hallazgos en su totalidad; además se ha minimizar o eliminado el sesgo mediante la estricta aplicación del método científico.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

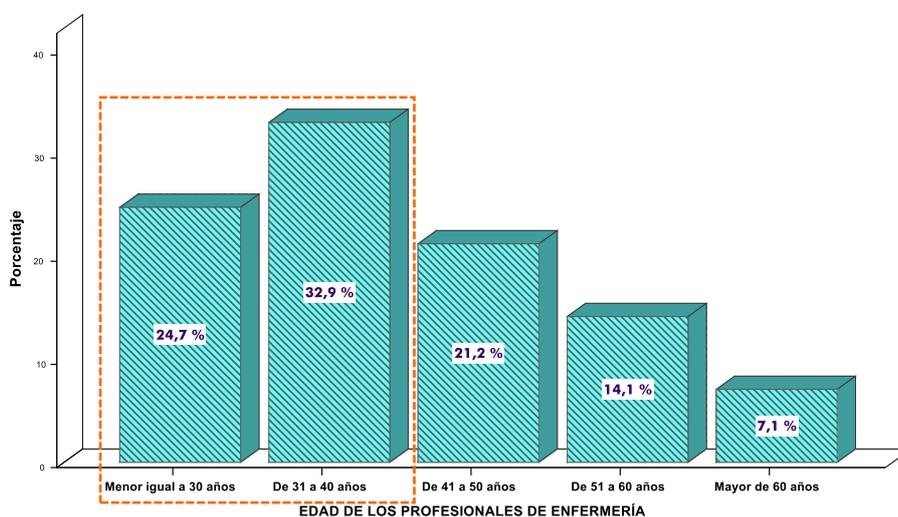
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS(OS)

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Menor igual a 30 años	21	24,7
De 31 a 40 años	28	32,9
De 41 a 50 años	18	21,2
De 51 a 60 años	12	14,1
Mayor de 60 años	6	7,1
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

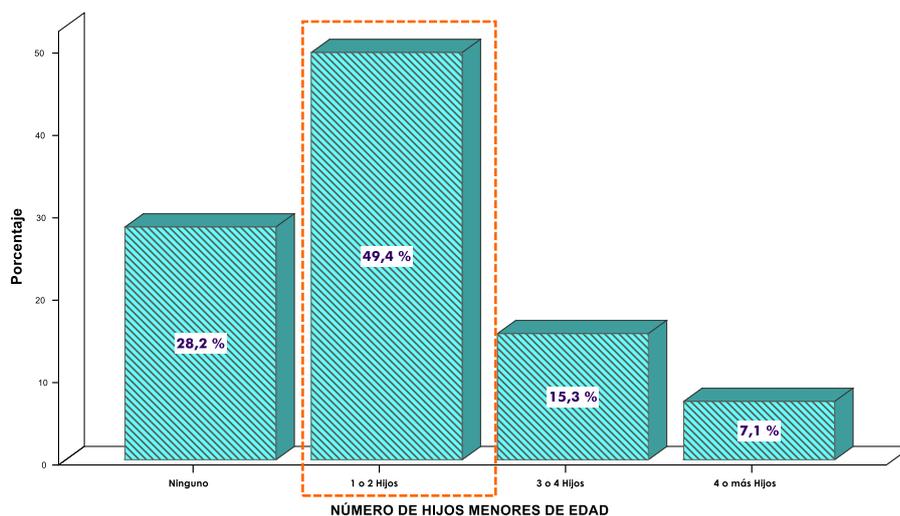
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que; de 85(100 %), 49(57.6 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen una edad menor o igual a 40 años.

TABLA 2: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	24	28,2
1 o 2 Hijos	42	49,4
3 o 4 Hijos	13	15,3
4 o más Hijos	6	7,1
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

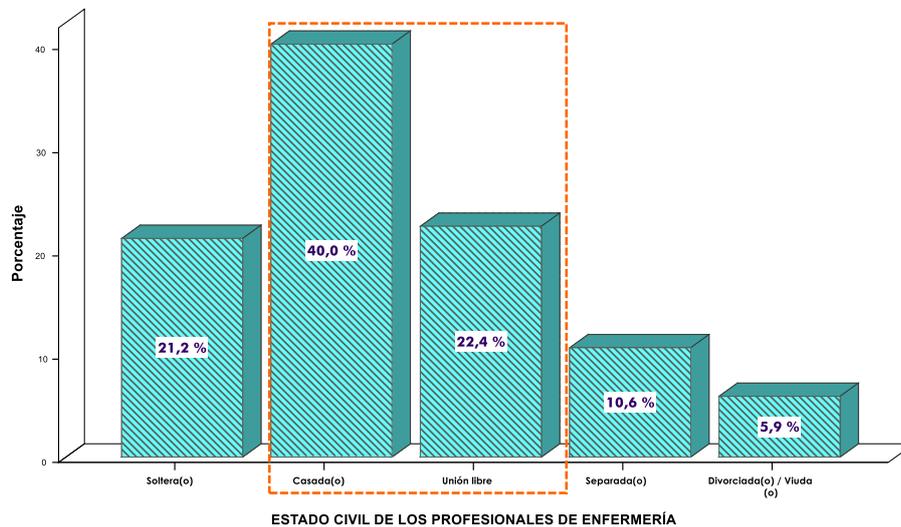
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que; de 85(100 %), 42(49.4 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen 1 o 2 hijos menores de edad bajo su cuidado.

TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera(o)	18	21,2
Casada(o)	34	40,0
Unión libre	19	22,4
Separada(o)	9	10,6
Divorciada(o) / Viuda(o)	5	5,9
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

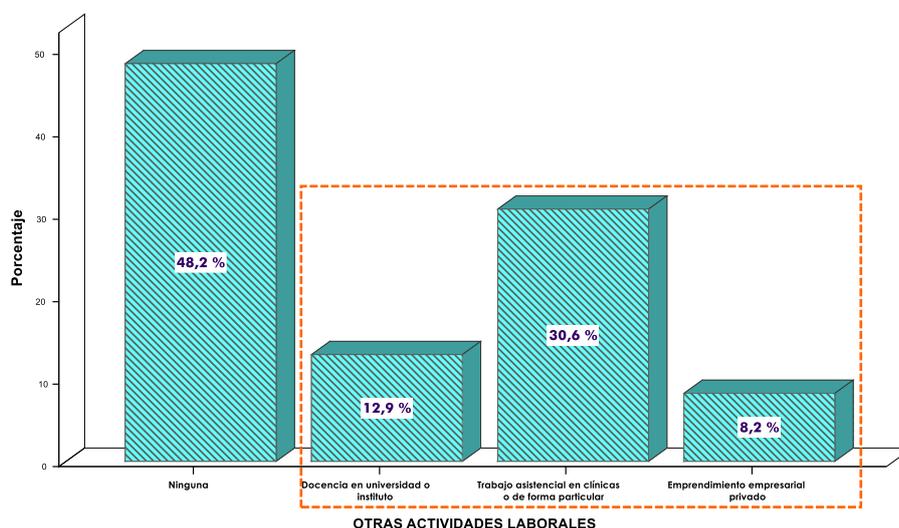
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que; de 85(100 %), 53(62.4 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, son casadas o tienen una unión libre.

TABLA 4: OTRAS ACTIVIDADES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	41	48,2
Docencia en universidad o instituto	11	12,9
Trabajo asistencial en clínicas o de forma particular	26	30,6
Emprendimiento empresarial privado	7	8,2
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 4: OTRAS ACTIVIDADES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

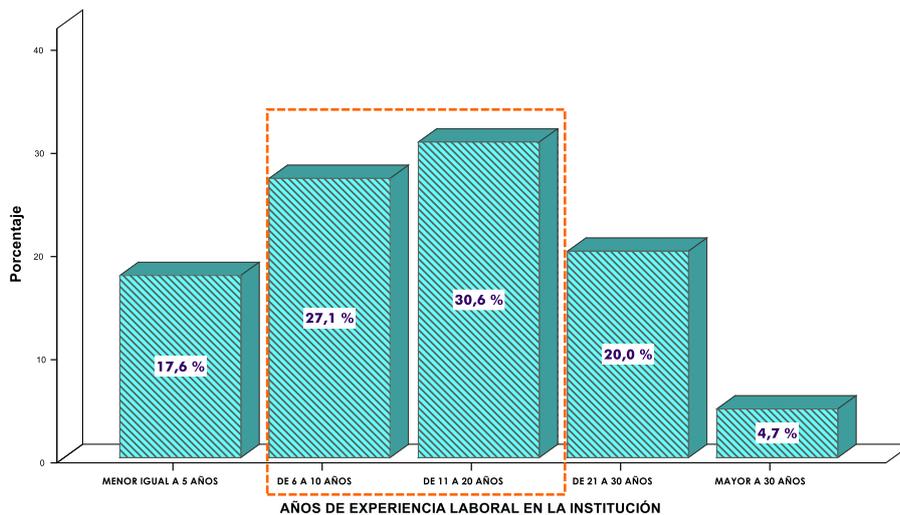
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que; de 85(100 %), 44(51.7 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen otras responsabilidades laborales además del trabajo que realizan en la red de salud.

TABLA 5: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Menor igual a 5 años	15	17,6
De 6 a 10 años	23	27,1
De 11 a 20 años	26	30,6
De 21 a 30 años	17	20,0
Mayor a 30 años	4	4,7
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

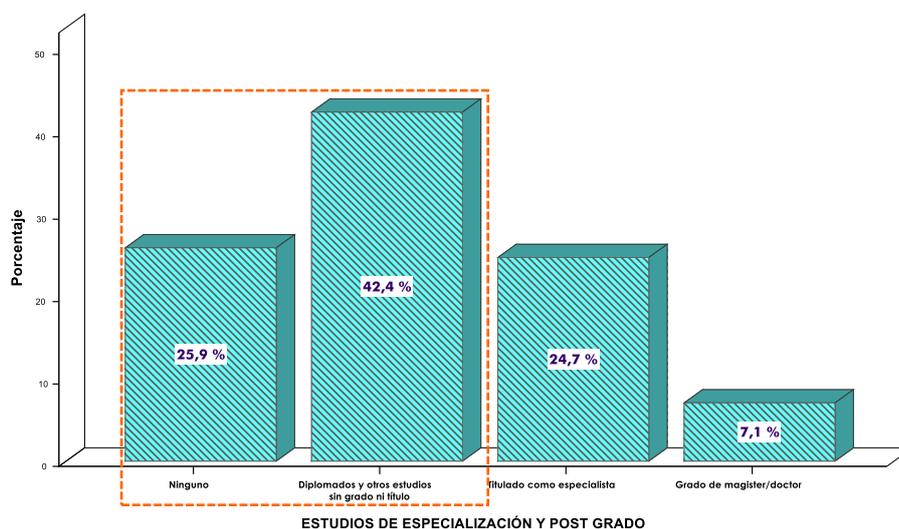
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que; de 85(100 %), 49(57.7 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen entre 6 a 20 años de experiencia laboral en la institución.

TABLA 6: ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	22	25,9
Diplomados y otros estudios sin grado ni título	36	42,4
Titulado como especialista	21	24,7
Grado de magister/doctor	6	7,1
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 6: ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que; de 85(100 %), 58(68.3 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, no tienen ningún estudio posterior al título o solo han realizado diplomados y estudios diversos sin obtener grados o títulos adicionales.

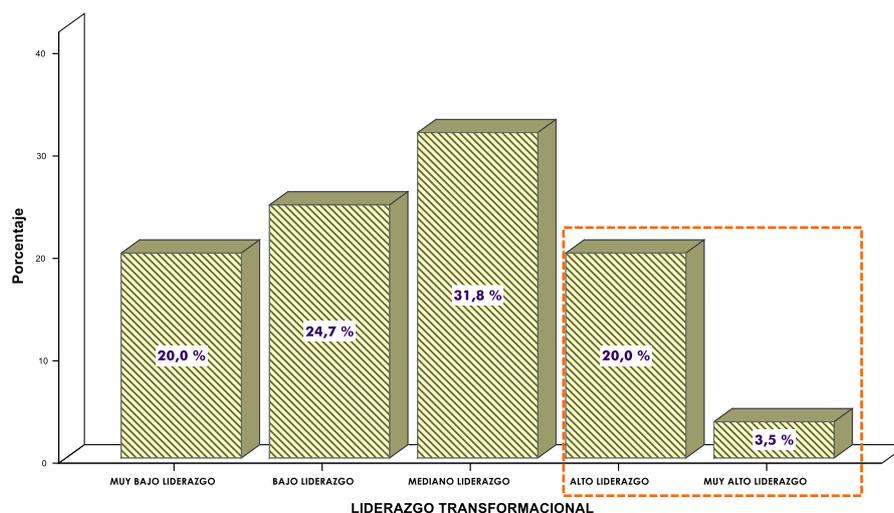
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL LIDERAZGO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 7: LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO LIDERAZGO	17	20,0
BAJO LIDERAZGO	21	24,7
MEDIANO LIDERAZGO	27	31,8
ALTO LIDERAZGO	17	20,0
MUY ALTO LIDERAZGO	3	3,5
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

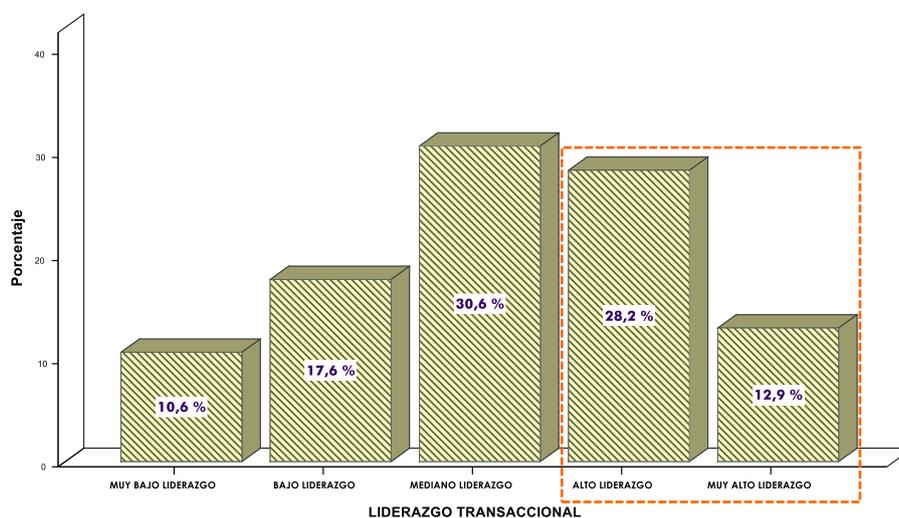
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que; de 85(100 %), 20(23.5 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen alto o muy alto liderazgo transformacional.

TABLA 8: LIDERAZGO TRANSACCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO LIDERAZGO	9	10,6
BAJO LIDERAZGO	15	17,6
MEDIANO LIDERAZGO	26	30,6
ALTO LIDERAZGO	24	28,2
MUY ALTO LIDERAZGO	11	12,9
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: LIDERAZGO TRANSACCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

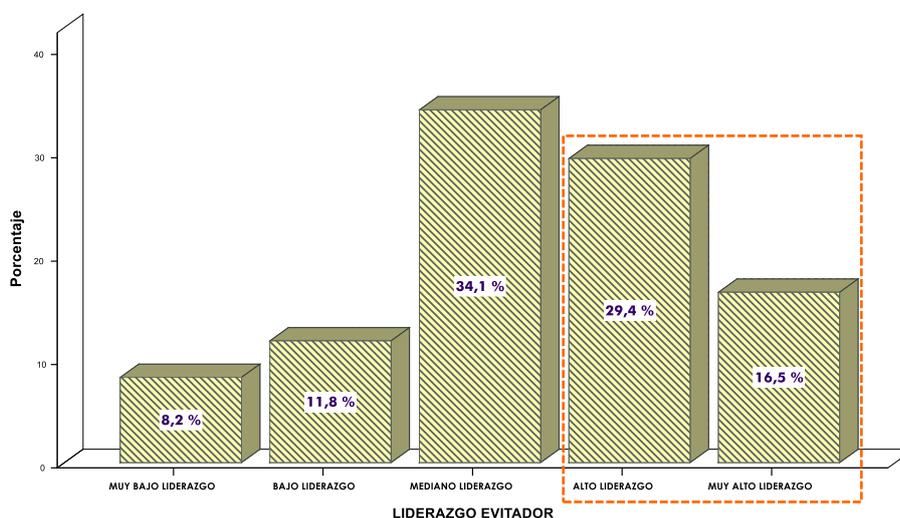
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que; de 85(100 %), 35(41.1 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen alto o muy alto liderazgo transaccional.

TABLA 9: LIDERAZGO EVITADOR EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO LIDERAZGO	7	8,2
BAJO LIDERAZGO	10	11,8
MEDIANO LIDERAZGO	29	34,1
ALTO LIDERAZGO	25	29,4
MUY ALTO LIDERAZGO	14	16,5
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: LIDERAZGO EVITADOR EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

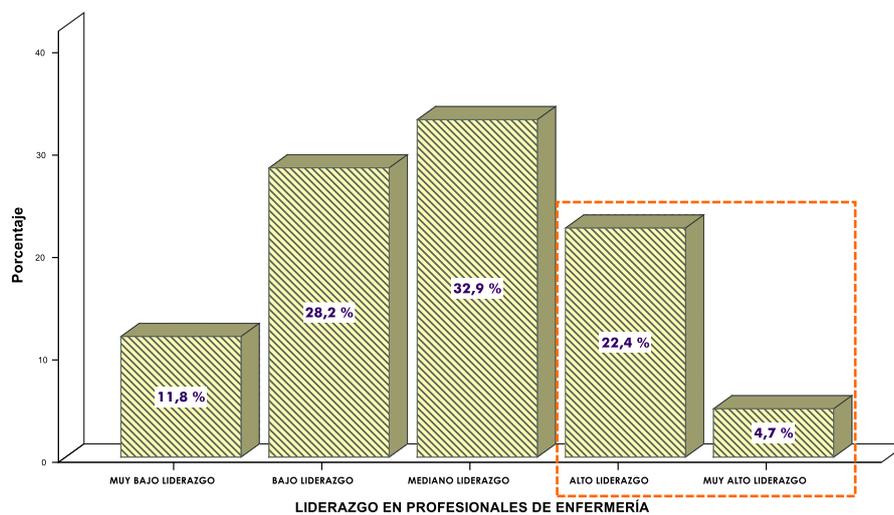
En la Tabla 9, Figura 9, se observa que; de 85(100 %), 39(45.9 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen alto o muy alto liderazgo evitador.

TABLA 10: CONSOLIDADO DE LIDERAZGO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO LIDERAZGO	10	11,8
BAJO LIDERAZGO	24	28,2
MEDIANO LIDERAZGO	28	32,9
ALTO LIDERAZGO	19	22,4
MUY ALTO LIDERAZGO	4	4,7
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: CONSOLIDADO DE LIDERAZGO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 10, Figura 10, se observa que; de 85(100 %), 23(27.1 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, tienen alto o muy alto liderazgo.

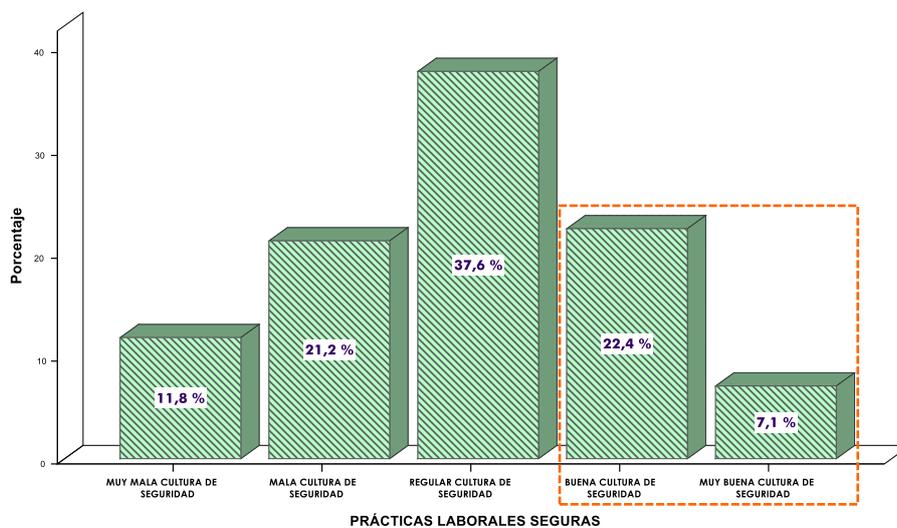
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

TABLA 11: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA CULTURA DE SEGURIDAD	10	11,8
MALA CULTURA DE SEGURIDAD	18	21,2
REGULAR CULTURA DE SEGURIDAD	32	37,6
BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	19	22,4
MUY BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	6	7,1
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

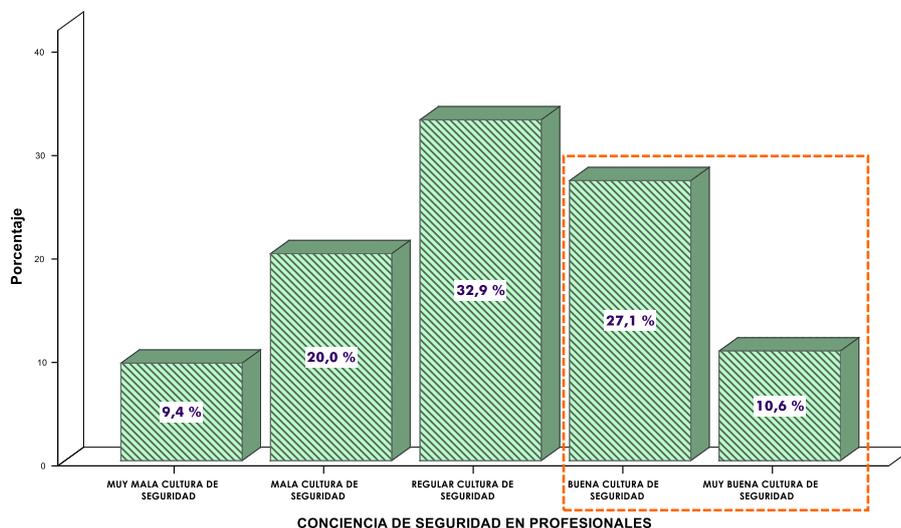
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que; de 85(100 %), 25(29.5 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, consideran que es buena o muy buena la cultura de seguridad en referencia a las prácticas laborales seguras en los servicios de enfermería.

TABLA 12: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LA CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA CULTURA DE SEGURIDAD	8	9,4
MALA CULTURA DE SEGURIDAD	17	20,0
REGULAR CULTURA DE SEGURIDAD	28	32,9
BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	23	27,1
MUY BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	9	10,6
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LA CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

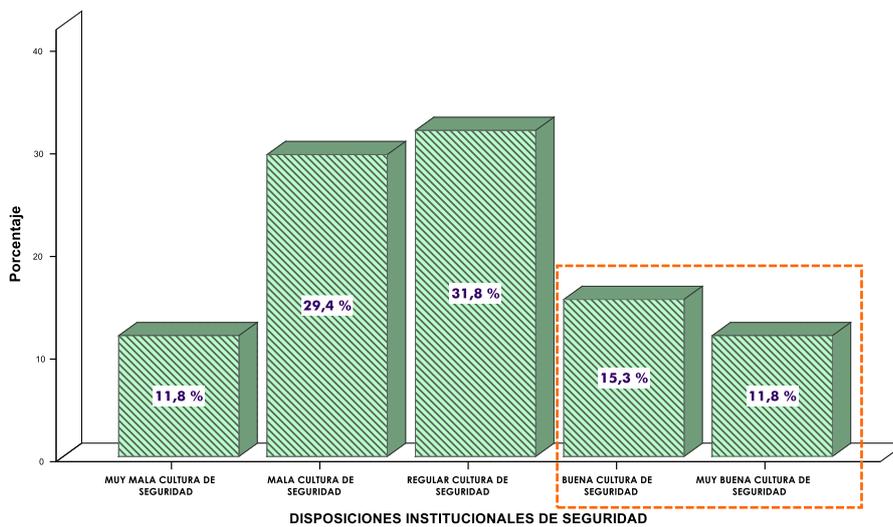
En la Tabla 12, Figura 12, se observa que; de 85(100 %), 32(37.7 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, consideran que es buena o muy buena la cultura de seguridad en referencia a la conciencia de seguridad en los servicios de enfermería.

TABLA 13: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA CULTURA DE SEGURIDAD	10	11,8
MALA CULTURA DE SEGURIDAD	25	29,4
REGULAR CULTURA DE SEGURIDAD	27	31,8
BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	13	15,3
MUY BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	10	11,8
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 13: CULTURA DE SEGURIDAD EN REFERENCIA A LAS DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

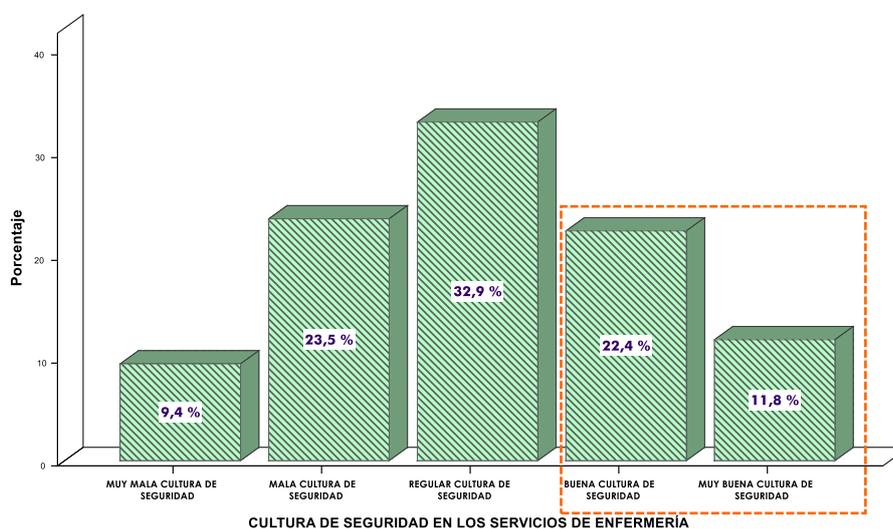
En la Tabla 13, Figura 13, se observa que; de 85(100 %), 23(27.1 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, consideran que es buena o muy buena la cultura de seguridad en referencia a las disposiciones institucionales de seguridad en los servicios de enfermería.

TABLA 14: CONSOLIDADO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA CULTURA DE SEGURIDAD	8	9,4
MALA CULTURA DE SEGURIDAD	20	23,5
REGULAR CULTURA DE SEGURIDAD	28	32,9
BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	19	22,4
MUY BUENA CULTURA DE SEGURIDAD	10	11,8
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 14: CONSOLIDADO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO” – 2021



Fuente: Encuesta administrada a enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “El Tambo” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 14, Figura 14, se observa que; de 85(100 %), 29(34.2 %) de las enfermeras(os) que laboran en la microred de salud “El Tambo”, consideran que es buena o muy buena la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Debido a que fue indispensable comprobar las hipótesis establecidas en esta investigación; se tuvo que definir la prueba estadística más pertinente a utilizar. Se sabe; que lo más conveniente, es emplear pruebas estadísticas paramétricas, porque son más: robustas, específicas, potentes y sensibles. Para decidir si se debían de emplear pruebas paramétricas o no paramétricas; primero comprobamos si los datos poseían o no normalidad. La normalidad de un conjunto de datos, expresa que los datos con valores extremos con más escasos, mientras que los datos con valores medios son más abundantes; y es manifiesta la tendencia, en que: al aproximarse los valores a la media son más abundantes mientras que si se aproximan a los extremos son menos abundantes (48).

La prueba de normalidad que empleamos en este estudio fue la prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido a que teníamos más de 50 observaciones. En la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se efectúa una comparación entre la distribución acumulada de los datos observados y la distribución acumulada normal (teórica); si la diferencia es pequeña, se afirma que los datos sometidos a análisis poseen distribución normal. La prueba de Kolmogorov-Smirnov está diseñada para ser utilizada solo en datos poblacionales; sin embargo, en la investigación solo teníamos datos muestrales; por lo que fue necesario aplicar la corrección de Lilliefors que posibilita comprobar la normalidad teniendo datos muestrales (49).

Para la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, establecimos las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 = No existe diferencia entre la distribución acumulada observada y la distribución normal teórica.

H_1 = Si existe diferencia entre la distribución acumulada observada y la distribución normal teórica.

La dinámica estadística indica que se rechaza la hipótesis nula cuando el “p value” es \leq a 0.05” y en consecuencia se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, esperábamos tener un “p value” mayor a 0.05 para confirmar la normalidad de los datos (50).

TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE LIDERAZGO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
LIDERAZGO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,079	85	,200*	,985	85	,425
CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	,071	85	,200*	,981	85	,261

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la Tabla 15, se constata que el “p value es de 0.200”, para los datos de la variable “Liderazgo en profesionales de enfermería”; este valor es numéricamente mayor a 0.05; en consecuencia, no es posible negar a la hipótesis nula (H_0 = Los datos de la variable “liderazgo en profesionales de enfermería” tienen normalidad); estos hallazgos confirman que los datos de la variable en referencia poseen normalidad.

Se forma similar, se constata que el “p value es de 0.200”, para los datos de la variable “Cultura de seguridad en los servicios de enfermería”; este valor es numéricamente mayor a 0.05; en consecuencia, no es posible negar a la hipótesis nula (H_0 = Los datos de la variable “Cultura de seguridad en los servicios de enfermería” tienen normalidad); estos hallazgos confirman que los datos de la variable en referencia poseen normalidad.

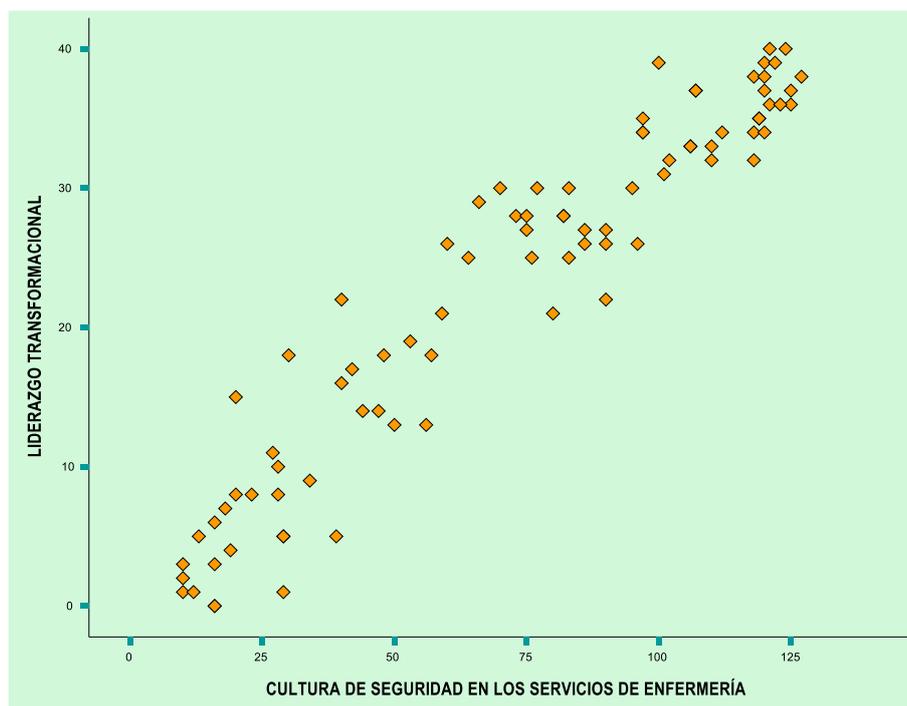
Estos hallazgos; confirman la normalidad de los datos de ambas variables de la investigación; en consecuencia, lo pertinente es utilizar pruebas estadísticas paramétricas en los subsiguientes análisis estadísticos. En el análisis estadístico de la investigación, se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas paramétricas: el “Coeficiente r de Pearson” y la “Prueba t para correlaciones”.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

El análisis inicial para determinar de forma visual si existe algún tipo de asociación entre el **liderazgo transformacional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; fue la elaboración de un diagrama de dispersión en donde se pudo constatar el vínculo de estas variables, denotando su: grado, forma y orientación.

El diagrama de dispersión consiste en un conjunto de puntos dentro de las coordenadas cartesianas; cada punto se ubica según el valor del par ordenado que representa; cuando los puntos se aproximan alrededor de una recta ideada, indica que existe asociación lineal, si el sentido es ascendente la relación es positiva y cuando los puntos tienen mayor proximidad a la recta la asociación es más fuerte (51). Se procedió con la elaboración de un diagrama de dispersión entre la primera dimensión de la variable liderazgo en enfermería y la variable cultura de seguridad en los servicios de enfermería; a continuación, se presenta el gráfico realizado.

FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL **LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL** Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA



En la Figura 15, se visualiza que los puntos de dispersión se concentran alrededor de una recta de pendiente positiva; esto indica que existe asociación directa entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería. En base a esta evidencia se puede afirmar que; dado un incremento del liderazgo transformacional; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

En esta investigación se estableció como primera hipótesis específica; que “A mejor liderazgo transformacional; mayor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2020”

Para verificar esta hipótesis, la prueba paramétrica pertinente a utilizar corresponde al cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; con esta prueba determinamos la intensidad y sentido de la asociación. El coeficiente de correlación r de Pearson, refleja la asociación lineal de dos variables; el valor positivo indica una asociación directa y el valor negativo indica una asociación inversa. Asimismo, un valor cercano a “1” revela que el vínculo es más fuerte y si es más próximo a “0” la asociación es más débil o nula (52). Los cálculos de correlación efectuados con el programa SPSS se presentan a continuación.

TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

		CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL EN ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	,454**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	85

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 16, se vislumbra un coeficiente r de Pearson = 0.454; la magnitud indica una asociación moderada entre las variables; el signo refleja una relación directa, que denota que el incremento en la intensidad de una variable coincide con el incremento en los valores de la otra variable. Dado que el coeficiente calculado proviene de datos muestrales y la hipótesis establecida se circunscribe a la población; es necesario evaluar el “p value”. Consideramos que un valor del “p value” menor a 0.05; indica que la r (coeficiente de correlación de Pearson muestral) es similar a ρ (coeficiente de correlación de Pearson poblacional). Hemos obtenido una significancia bilateral (p value) = 0.00; que por mucho es menor a 0.05, esto denota su significancia.

Se discurre que, la magnitud, el signo y la significancia del coeficiente de correlación de Pearson; nos permite afirmar que, dado un incremento del liderazgo transformacional en enfermería; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; en consecuencia, se confirma la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: SELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA

Se eligió a la “Prueba t para coeficientes de correlación” para poder precisar si el valor del coeficiente de correlación de Pearson muestral es similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (53).

La “prueba t para coeficientes de correlación” responde a la siguiente fórmula matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t : Valor de la “t” observada

r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)

n : Tamaño muestral

Con el desarrollo de esta fórmula se puede determinar; si el coeficiente de correlación de Pearson encontrado de $[r = 0.454]$ en 85 casos es prueba suficiente para manifestar con precisión que; el coeficiente de correlación de Pearson muestral (r) es diferente de cero o muy similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (ρ).

PASO 02: ENUNCIADO DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No existe relación alguna entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS PARA EL EMPLEO DE LA PRUEBA

Para utilizar la prueba t para coeficientes de correlación; se debía de cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- La normalidad es una característica de los datos de ambas variables.
- Las escalas de medición utilizadas incluyen al cero absoluto.

Se cumplían con todos estos requerimientos.

PASO 04: NIVEL DE ERROR ELEGIDO PARA LA INVESTIGACIÓN

Se determinó; $\alpha = 0.05$ para esta investigación.

PASO 05: NORMAS DE DECISIÓN

Definición del valor t tabular

Se ubico en la tabla de distribución t; el valor correspondiente bajo los grados de libertad y el nivel de confianza definido:

- Grados de libertad $\Rightarrow n - 2 \Rightarrow 85 - 2 = 84$

- Nivel de confianza $\Rightarrow 95\%$ considerando dos colas es igual a $0.05/2 = 0.025$

El valor encontrado es de 1.988, para 84 grados de libertad y un error de 0.05 (para dos colas)

Dictamen

Se rechaza a la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.988.

PASO 06: OPERACIÓN MATEMÁTICA

Calculando:

$$t = \frac{0.454 \sqrt{85 - 2}}{\sqrt{1 - 0.454^2}} \Rightarrow t = \frac{0.454 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.206}} \Rightarrow t = \frac{0.454 * 9.440}{0.794}$$
$$\Rightarrow t = \frac{4.186}{0.891} \Rightarrow t = 4.698$$

PASO 07: INTERPRETACIÓN

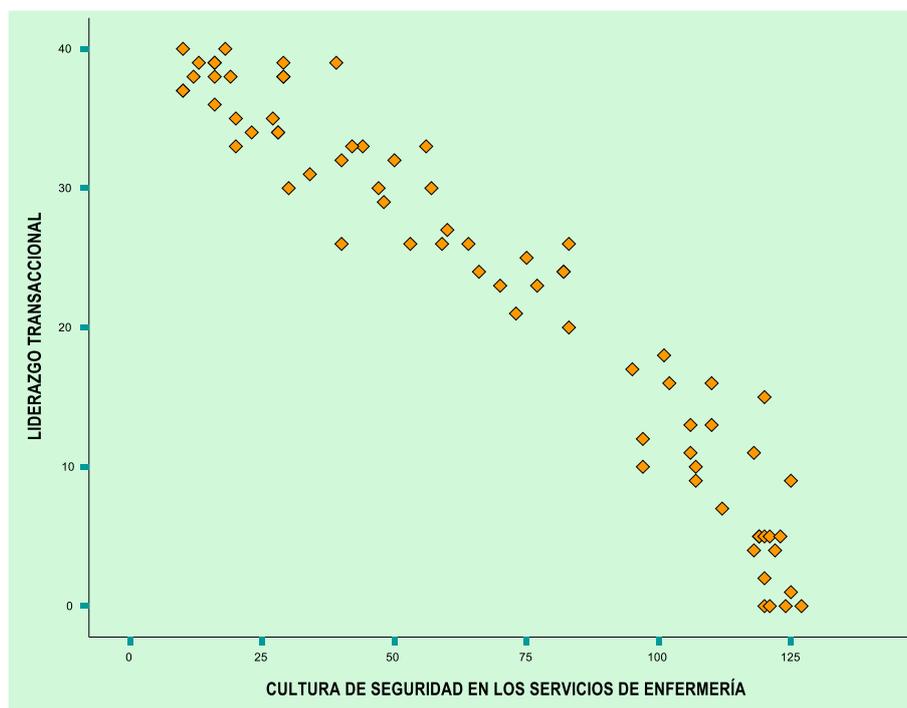
Debido a que se produjo una t calculada = 4.698; que es un valor mayor a 1.988; y siguiendo el dictamen previamente establecido; es acertado negar la hipótesis nula de correlación cero; y en derivación aceptar la hipótesis alterna; en consecuencia, se confirma la asociación entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO TRANSACCIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

El análisis inicial para determinar de forma visual si existe algún tipo de asociación entre el **liderazgo transaccional** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; fue la elaboración de un diagrama de dispersión en donde se pudo constatar el vínculo de estas variables, denotando su: grado, forma y orientación.

El diagrama de dispersión consiste en un conjunto de puntos dentro de las coordenadas cartesianas; cada punto se ubica según el valor del par ordenado que representa; cuando los puntos se aproximan alrededor de una recta ideada, indica que existe asociación lineal, si el sentido es ascendente la relación es positiva y cuando los puntos tienen mayor proximidad a la recta la asociación es más fuerte (51). Se procedió con la elaboración de un diagrama de dispersión entre la segunda dimensión de la variable liderazgo en enfermería y la variable cultura de seguridad en los servicios de enfermería; a continuación, se presenta el gráfico realizado.

FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL **LIDERAZGO TRANSACCIONAL** Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA



En la Figura 16, se visualiza que los puntos de dispersión se concentran alrededor de una recta de pendiente positiva; esto indica que existe asociación inversa entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería. En base a esta evidencia se puede afirmar que; dado un incremento del liderazgo transaccional; se deteriora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

En esta investigación se estableció como primera hipótesis específica; que “A mejor liderazgo transaccional; menor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2020”

Para verificar esta hipótesis, la prueba paramétrica pertinente a utilizar corresponde al cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; con esta prueba determinamos la intensidad y sentido de la asociación. El coeficiente de correlación r de Pearson, refleja la asociación lineal de dos variables; el valor positivo indica una asociación directa y el valor negativo indica una asociación inversa. Asimismo, un valor cercano a “1” revela que el vínculo es más fuerte y si es más próximo a “0” la asociación es más débil o nula (52). Los cálculos de correlación efectuados con el programa SPSS se presentan a continuación.

TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO TRANSACCIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

		Correlaciones	
		CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	
LIDERAZGO TRANSACCIONAL ENFERMERÍA	Correlación	de	-,462**
	Pearson		
	EN Sig. (bilateral)		,000
	N		85

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 17, se vislumbra un coeficiente r de Pearson = -0.462; la magnitud indica una asociación moderada entre las variables; el signo refleja una relación directa, que denota que el incremento en la intensidad de una variable coincide con el incremento en los valores de la otra variable. Dado que el coeficiente calculado proviene de datos muestrales y la hipótesis establecida se circunscribe a la población; es necesario evaluar el “p value”. Consideramos que un valor del “p value” menor a 0.05; indica que la r (coeficiente de correlación de Pearson muestral) es similar a ρ (coeficiente de correlación de Pearson poblacional). Hemos obtenido una significancia bilateral (p value) = 0.00; que por mucho es menor a 0.05, esto denota su significancia.

Se discurre que, la magnitud, el signo y la significancia del coeficiente de correlación de Pearson; nos permite afirmar que, dado un incremento del liderazgo transaccional en enfermería; se deteriora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; en consecuencia, se confirma la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: SELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA

Se eligió a la “Prueba t para coeficientes de correlación” para poder precisar si el valor del coeficiente de correlación de Pearson muestral es similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (53).

La “prueba t para coeficientes de correlación” responde a la siguiente fórmula matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t : Valor de la “t” observada

r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)

n : Tamaño muestral

Con el desarrollo de esta fórmula se puede determinar; si el coeficiente de correlación de Pearson encontrado de $[r = -0.462]$ en 85 casos es prueba suficiente para manifestar con precisión que; el coeficiente de correlación de Pearson muestral (r) es diferente de cero o muy similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (ρ).

PASO 02: ENUNCIADO DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No existe relación alguna entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS PARA EL EMPLEO DE LA PRUEBA

Para utilizar la prueba t para coeficientes de correlación; se debía de cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- La normalidad es una característica de los datos de ambas variables.
- Las escalas de medición utilizadas incluyen al cero absoluto.

Se cumplían con todos estos requerimientos.

PASO 04: NIVEL DE ERROR ELEGIDO PARA LA INVESTIGACIÓN

Se determinó; $\alpha = 0.05$ para esta investigación.

PASO 05: NORMAS DE DECISIÓN

Definición del valor t tabular

Se ubico en la tabla de distribución t; el valor correspondiente bajo los grados de libertad y el nivel de confianza definido:

- Grados de libertad $\Rightarrow n - 2 \Rightarrow 85 - 2 = 84$

- Nivel de confianza $\Rightarrow 95\%$ considerando dos colas es igual a $0.05/2 = 0.025$

El valor encontrado es de 1.988, para 84 grados de libertad y un error de 0.05 (para dos colas)

Dictamen

Se rechaza a la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.988.

PASO 06: OPERACIÓN MATEMÁTICA

Calculando:

$$t = \frac{-0.462 \sqrt{85 - 2}}{\sqrt{1 - (-0.462^2)}} \Rightarrow t = \frac{-0.462 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.213}} \Rightarrow t = \frac{-0.462 * 9.110}{0.786}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.259}{0.887} \Rightarrow t = -4.803 \Rightarrow |t = -4.803| \Rightarrow t = 4.803$$

PASO 07: INTERPRETACIÓN

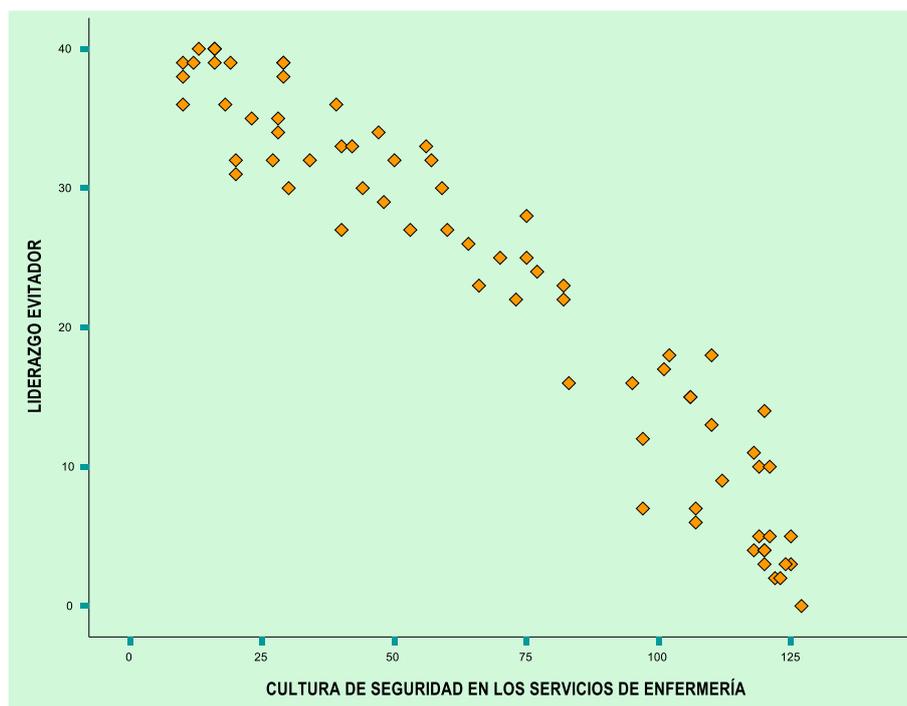
Debido a que se produjo una t calculada = 4.803; que es un valor mayor a 1.988; y siguiendo el dictamen previamente establecido; es acertado negar la hipótesis nula de correlación cero; y en derivación aceptar la hipótesis alterna; en consecuencia, se confirma la asociación entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO EVITADOR Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

El análisis inicial para determinar de forma visual si existe algún tipo de asociación entre el **liderazgo evitador** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; fue la elaboración de un diagrama de dispersión en donde se pudo constatar el vínculo de estas variables, denotando su: grado, forma y orientación.

El diagrama de dispersión consiste en un conjunto de puntos dentro de las coordenadas cartesianas; cada punto se ubica según el valor del par ordenado que representa; cuando los puntos se aproximan alrededor de una recta ideada, indica que existe asociación lineal, si el sentido es ascendente la relación es positiva y cuando los puntos tienen mayor proximidad a la recta la asociación es más fuerte (51). Se procedió con la elaboración de un diagrama de dispersión entre la tercera dimensión de la variable liderazgo en enfermería y la variable cultura de seguridad en los servicios de enfermería; a continuación, se presenta el grafico realizado.

FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL **LIDERAZGO EVITADOR** Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA



En la Figura 17, se visualiza que los puntos de dispersión se concentran alrededor de una recta de pendiente positiva; esto indica que existe asociación inversa entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería. En base a esta evidencia se puede afirmar que; dado un incremento del liderazgo evitador; se deteriora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

En esta investigación se estableció como primera hipótesis específica; que “A mejor liderazgo evitador; menor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2020”

Para verificar esta hipótesis, la prueba paramétrica pertinente a utilizar corresponde al cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; con esta prueba determinamos la intensidad y sentido de la asociación. El coeficiente de correlación r de Pearson, refleja la asociación lineal de dos variables; el valor positivo indica una asociación directa y el valor negativo indica una asociación inversa. Asimismo, un valor cercano a “1” revela que el vínculo es más fuerte y si es más próximo a “0” la asociación es más débil o nula (52). Los cálculos de correlación efectuados con el programa SPSS se presentan a continuación.

TABLA 18: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO EVITADOR Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

		Correlaciones	
		CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	
LIDERAZGO EVITADOR EN ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	de	- ,458**
	Sig. (bilateral)		,000
	N		85

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 17, se vislumbra un coeficiente r de Pearson = - 0.458; la magnitud indica una asociación moderada entre las variables; el signo refleja una relación directa, que denota que el incremento en la intensidad de una variable coincide con el incremento en los valores de la otra variable. Dado que el coeficiente calculado proviene de datos muestrales y la hipótesis establecida se circunscribe a la población; es necesario evaluar el “p value”. Consideramos que un valor del “p value” menor a 0.05; indica que la r (coeficiente de correlación de Pearson muestral) es similar a ρ (coeficiente de correlación de Pearson poblacional). Hemos obtenido una significancia bilateral (p value) = 0.00; que por mucho es menor a 0.05, esto denota su significancia.

Se discurre que, la magnitud, el signo y la significancia del coeficiente de correlación de Pearson; nos permite afirmar que, dado un incremento del liderazgo evitador en enfermería; se deteriora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; en consecuencia, se confirma la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: SELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA

Se eligió a la “Prueba t para coeficientes de correlación” para poder precisar si el valor del coeficiente de correlación de Pearson muestral es similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (53).

La “prueba t para coeficientes de correlación” responde a la siguiente fórmula matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t : Valor de la “t” observada

r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)

n : Tamaño muestral

Con el desarrollo de esta fórmula se puede determinar; si el coeficiente de correlación de Pearson encontrado de $[r = 0.458]$ en 85 casos es prueba suficiente para manifestar con precisión que; el coeficiente de correlación de Pearson muestral (r) es diferente de cero o muy similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (ρ).

PASO 02: ENUNCIADO DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No existe relación alguna entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS PARA EL EMPLEO DE LA PRUEBA

Para utilizar la prueba t para coeficientes de correlación; se debía de cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- La normalidad es una característica de los datos de ambas variables.
- Las escalas de medición utilizadas incluyen al cero absoluto.

Se cumplían con todos estos requerimientos.

PASO 04: NIVEL DE ERROR ELEGIDO PARA LA INVESTIGACIÓN

Se determinó; $\alpha = 0.05$ para esta investigación.

PASO 05: NORMAS DE DECISIÓN

Definición del valor t tabular

Se ubico en la tabla de distribución t; el valor correspondiente bajo los grados de libertad y el nivel de confianza definido:

- Grados de libertad $\Rightarrow n - 2 \Rightarrow 85 - 2 = 84$

- Nivel de confianza $\Rightarrow 95\%$ considerando dos colas es igual a $0.05/2 = 0.025$

El valor encontrado es de 1.988, para 84 grados de libertad y un error de 0.05 (para dos colas)

Dictamen

Se rechaza a la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.988.

PASO 06: OPERACIÓN MATEMÁTICA

Calculando:

$$t = \frac{-0.458 \sqrt{85 - 2}}{\sqrt{1 - (-0.458^2)}} \Rightarrow t = \frac{-0.458 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.209}} \Rightarrow t = \frac{-0.458 * 9.110}{0.790}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.222}{0.889} \Rightarrow t = -4.750 \Rightarrow |t = -4.750| \Rightarrow t = 4.750$$

PASO 07: INTERPRETACIÓN

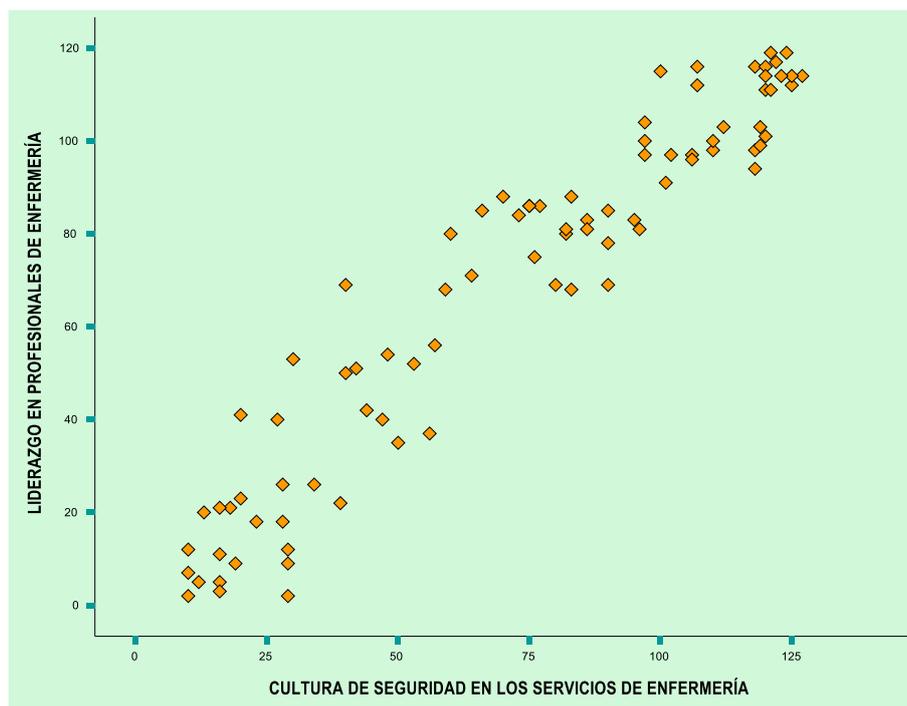
Debido a que se produjo una t calculada = 4.750; que es un valor mayor a 1.988; y siguiendo el dictamen previamente establecido; es acertado negar la hipótesis nula de correlación cero; y en derivación aceptar la hipótesis alterna; en consecuencia, se confirma la asociación entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL LIDERAZGO Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

El análisis inicial para determinar de forma visual si existe algún tipo de asociación entre el **liderazgo** y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; fue la elaboración de un diagrama de dispersión en donde se pudo constatar el vínculo de estas variables, denotando su: grado, forma y orientación.

El diagrama de dispersión consiste en un conjunto de puntos dentro de las coordenadas cartesianas; cada punto se ubica según el valor del par ordenado que representa; cuando los puntos se aproximan alrededor de una recta ideada, indica que existe asociación lineal, si el sentido es ascendente la relación es positiva y cuando los puntos tienen mayor proximidad a la recta la asociación es más fuerte (51). Se procedió con la elaboración de un diagrama de dispersión entre la variable liderazgo en enfermería y la variable cultura de seguridad en los servicios de enfermería; a continuación, se presenta el gráfico realizado.

FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL **LIDERAZGO** Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA



En la Figura 18, se visualiza que los puntos de dispersión se concentran alrededor de una recta de pendiente positiva; esto indica que existe asociación directa entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería. En base a esta evidencia se puede afirmar que; dado un incremento del liderazgo; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

En esta investigación se estableció como hipótesis general; que “A mejor liderazgo; mayor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2020”

Para verificar esta hipótesis, la prueba paramétrica pertinente a utilizar corresponde al cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; con esta prueba determinamos la intensidad y sentido de la asociación. El coeficiente de correlación r de Pearson, refleja la asociación lineal de dos variables; el valor positivo indica una asociación directa y el valor negativo indica una asociación inversa. Asimismo, un valor cercano a “1” revela que el vínculo es más fuerte y si es más próximo a “0” la asociación es más débil o nula (52). Los cálculos de correlación efectuados con el programa SPSS se presentan a continuación.

TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL LIDERAZGO Y LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Correlaciones

		CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	Correlación de Pearson		,459**
	Sig. (bilateral)		,000
	N		85

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 16, se vislumbra un coeficiente r de Pearson = 0.459; la magnitud indica una asociación moderada entre las variables; el signo refleja una relación directa, que denota que el incremento en la intensidad de una variable coincide con el incremento en los valores de la otra variable. Dado que el coeficiente calculado proviene de datos muestrales y la hipótesis establecida se circunscribe a la población; es necesario evaluar el “p value”. Consideramos que un valor del “p value” menor a 0.05; indica que la r (coeficiente de correlación de Pearson muestral) es similar a ρ (coeficiente de correlación de Pearson poblacional). Hemos obtenido una significancia bilateral (p value) = 0.00; que por mucho es menor a 0.05, esto denota su significancia.

Se discurre que, la magnitud, el signo y la significancia del coeficiente de correlación de Pearson; nos permite afirmar que, dado un incremento del liderazgo en enfermería; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; en consecuencia, se confirma la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: SELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA

Se eligió a la “Prueba t para coeficientes de correlación” para poder precisar si el valor del coeficiente de correlación de Pearson muestral es similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (53).

La “prueba t para coeficientes de correlación” responde a la siguiente fórmula matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t : Valor de la “t” observada

r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)

n : Tamaño muestral

Con el desarrollo de esta fórmula se puede determinar; si el coeficiente de correlación de Pearson encontrado de $[r = 0.459]$ en 85 casos es prueba suficiente para manifestar con precisión que; el coeficiente de correlación de Pearson muestral (r) es diferente de cero o muy similar al coeficiente de correlación de Pearson poblacional (ρ).

PASO 02: ENUNCIADO DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No existe relación alguna entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS PARA EL EMPLEO DE LA PRUEBA

Para utilizar la prueba t para coeficientes de correlación; se debía de cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- La normalidad es una característica de los datos de ambas variables.
- Las escalas de medición utilizadas incluyen al cero absoluto.

Se cumplían con todos estos requerimientos.

PASO 04: NIVEL DE ERROR ELEGIDO PARA LA INVESTIGACIÓN

Se determinó; $\alpha = 0.05$ para esta investigación.

PASO 05: NORMAS DE DECISIÓN

Definición del valor t tabular

Se ubico en la tabla de distribución t; el valor correspondiente bajo los grados de libertad y el nivel de confianza definido:

- Grados de libertad $\Rightarrow n - 2 \Rightarrow 85 - 2 = 84$

- Nivel de confianza $\Rightarrow 95\%$ considerando dos colas es igual a $0.05/2 = 0.025$

El valor encontrado es de 1.988, para 84 grados de libertad y un error de 0.05 (para dos colas)

Dictamen

Se rechaza a la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.988.

PASO 06: OPERACIÓN MATEMÁTICA

Calculando:

$$t = \frac{0.459 \sqrt{85 - 2}}{\sqrt{1 - 0.459^2}} \Rightarrow t = \frac{0.459 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.210}} \Rightarrow t = \frac{0.459 * 9.110}{0.789}$$
$$\Rightarrow t = \frac{4.232}{0.889} \Rightarrow t = 4.763$$

PASO 07: INTERPRETACIÓN

Debido a que se produjo una t calculada = 4.763; que es un valor mayor a 1.988; y siguiendo el dictamen previamente establecido; es acertado negar la hipótesis nula de correlación cero; y en derivación aceptar la hipótesis alterna; en consecuencia, se confirma la asociación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

En esta investigación, se encontró que el 27.1 % de los profesionales de enfermería tienen alto o muy alto liderazgo; esto indica que menos de la tercera parte de las enfermeras ejercen un liderazgo efectivo dentro de la institución de salud; son pocas las enfermeras que pueden ejercer influencia en: la percepción, pensamiento y comportamientos de los demás; esto podría deberse a la baja autonomía y escaso empoderamiento que las instituciones de salud asignan al profesional de enfermería; asimismo, se ha podido vislumbrar que gran parte de las enfermeras poseen poca confianza en sí mismas, dudan de sus propios juicios e ideas por lo que buscan ampararse en el juicio y decisión de otros profesionales de salud; pocas enfermeras creen tener aptitudes de liderazgo que puedan favorecer el desarrollo institucional. La mayor parte de las enfermeras son indiferentes a la posibilidad de acceder a cargos de mayor poder institucional, además no poseen la determinación suficiente para iniciar y persistir en procesos de impacto corporativo. Las enfermeras tienen baja comprensión del comportamiento humano y los procesos grupales; también poseen limitado discernimiento de los sentimientos, actitudes y motivos de las personas; esto les dificulta el ejercicio de su liderazgo. Las bajas habilidades interpersonales en muchas enfermeras, les impiden obtener la plena cooperación de subordinados, compañeros, usuarios, colaboradores y superiores.

Hughes V, halla que solo la cuarta parte de las enfermeras ejercen alguna forma de liderazgo; las barreras identificadas para el desarrollo del liderazgo en las enfermeras incluyen: la ausencia de salarios adicionales al cargo, las limitaciones de tiempo, la falta de educación específica que se centre en el desarrollo de competencias para la gestión, la omisión de una línea estructurada de ascensos en función a méritos y liderazgo demostrado y la imprevisión de capacitaciones en aptitudes de liderazgo. Las barreras para que las enfermeras no accedan a roles de liderazgo y cargos de poder son: la cultura organizacional que limita el desarrollo de las enfermeras, exclusión de las enfermeras al trabajo en niveles estratégicos de decisión, creencias que las enfermeras poseen conocimientos y aptitudes menores a los médicos, convicción que sólo los médicos están calificados para poder gerenciar a las instituciones de salud; sobrecargar a las enfermeras con labores rutinarias y falta de visibilidad de las enfermeras dentro de la estructura jerárquica organizacional. Otras situaciones que afectan el liderazgo en enfermería son: la falta de claridad de roles; los frecuentes conflictos interpersonales en las que se hallan inmersas las enfermeras, exclusión de las enfermeras como miembros de juntas directivas y la falta de incentivos. La exclusión de las enfermeras a los cargos directivos, desalienta todo empeño por ejercer un liderazgo efectivo (54).

Iqbal K, Fatima T, Naveed M, encuentran que menos del 20% de las enfermeras despliega un liderazgo de preponderancia en las instituciones de salud; entre las causas para que sea baja la actividad de liderazgo entre las enfermeras, se resalta que son restringidos los espacios organizacionales en los que se permita el empoderamiento de las enfermeras. Asimismo, gran parte de las enfermeras se concentran solo en un desempeño operativo y se limitan al cumplimiento de tareas asignadas y siguen la

rutina preestablecida interesándose poco por las incidencias políticas institucionales, solo algunas enfermeras se interesan por participar del gobierno de la institución. El liderazgo transformacional ha surgido como un estilo de liderazgo que incita la participación activa de las enfermeras en la gestión sanitaria, este tipo de liderazgo acrecienta la moralidad y la motivación de las enfermeras. Que la enfermera asuma roles de liderazgo, implica que surja un entorno de trabajo positivo a la práctica de la enfermería, claridad de alcance, formación de equipos y oportunidades para incidir en cambios y mejoras. La inteligencia emocional es la base para el liderazgo de enfermería porque le permite alcanzar un efectivo trabajo en equipo; como el liderazgo efectivo viene con la experiencia, es necesario que las enfermeras tengan participación permanente en actividades que exijan ostentaciones de liderazgo. No existe un estilo de liderazgo único que sea apropiado para todas las situaciones; en cambio, el éxito de las enfermeras líderes depende del grado en que adaptan sus cualidades a cada situación específica (55).

Asiri S, Rohrer W, Alsurimi K, constatan que menos de la quinta parte de las enfermeras se preocupan por encaminar acciones de liderazgo; el liderazgo fallido debido a la ausencia de directores de enfermería calificados da como resultado que el personal de enfermería pierda más poder, se desmotive y, en última instancia, se desvincule, esté menos satisfecho y comprometido. Los directores de enfermería tienen un papel fundamental en la gestión de salud; esto incluye facilitar la atención, garantizar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras y promover procesos de cambio que sirvan a estos fines. Las enfermeras perciben que están subrepresentadas en la jerarquía organizativa; limitando así su capacidad para tener un papel significativo en la toma de decisiones e influir en el

cambio para mejorar los procesos organizativos que son relevantes para el papel de la enfermera, la calidad de vida laboral y la atención al paciente; estas condiciones afectan no solo los resultados de salud física y emocional de las enfermeras que forman parte del personal, sino también su eficiencia, productividad, desempeño y compromiso. No proporcionar a las enfermeras una voz significativa en la gestión del sistema de atención de la salud, conduce a efectos adversos en el entorno laboral y en la cultura y el funcionamiento de la organización, y esto, da como resultado una atención del paciente de menor calidad. La participación limitada de las enfermeras en la toma de decisiones clínicas es ineficaz y perjudicial para la seguridad del paciente. La escasa participación del enfermero en la toma de decisiones, afectando su puesto y entorno laboral, conlleva un costo para la organización en términos de desconfianza en la gestión hospitalaria y resentimiento; altos niveles de estrés, disminución de la moral, menor satisfacción laboral y menor compromiso organizacional (56).

Hina S, Sana S, Muhammad A, comprueban que menos de la tercera parte de las enfermeras incursionan en acciones de liderazgo dentro de las instituciones de salud en las que laboran. Las enfermeras no han desarrollado de forma solvente sus habilidades esenciales de liderazgo; como ser asertivas y escuchar activamente, las enfermeras tienen dificultades para comprender y ayudar a los pacientes, familiares y miembros del equipo demostrando cortesía, amabilidad y sinceridad. Las competencias emocionales en las enfermeras son limitadas, es baja su capacidad para percibir, identificar y manejar las emociones en sí mismas y en los demás en consecuencia no pueden ejercer una influencia emocional eficaz en las personas sobre las que debe de liderar. Las enfermeras como líderes del equipo, no alientan a los miembros a aportar opiniones diferentes para enriquecer el trabajo, no pueden abordar

las diferencias de manera saludable para evitar los conflictos; muchas enfermeras no manejan estrategias convenientes para manejar los conflictos interpersonales. Las enfermeras tienen pocas habilidades para establecer contactos y crear redes de intercambio de información y de servicios, además tienen dificultades para manejar a colegas difíciles y conflictivos. La enfermería es una profesión centrada en las personas y, por lo tanto, la cuestión del liderazgo es crucial para el éxito. La preparación educativa inadecuada de los administradores de enfermería ha limitado su capacidad para convertirse en líderes de excelencia (57).

6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

En la investigación hallamos que el 34.2 % de las enfermeras(os), consideran que es buena o muy buena la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; esto significa que solo la tercera parte de las enfermeras perciben que los valores, creencias, actitudes y prácticas dentro de la institución son favorables a la seguridad del paciente; esto podría deberse a que lo prioritario es atender a la mayor cantidad de usuarios desatendiendo la efectividad y la seguridad de los servicios; además la cantidad de personal de salud disponible siempre es insuficiente, las instalaciones son inadecuadas y los equipos y materiales son insuficientes; en consecuencia, la cultura institucional se orienta en dar asistencia de salud a todos los que se pueda con los recursos que se tenga; aunque se considera el cumplimiento de protocolos de seguridad para el usuario, no pueden ser totalmente cumplidos, porque no se disponen de las condiciones óptimas. Asimismo, la enfermera no tiene la autonomía necesaria para implementar medidas de control de seguridad por iniciativa propia, además en el

desempeño laboral de la enfermera se evalúa por el número de atenciones realizadas por turno, en donde la seguridad y la calidad de la atención no son efectos valorados como parte de su producción laboral; la seguridad y calidad de los servicios solo quedan al amparo de los valores profesionales y morales de la enfermera.

Granel N, Manresa J, Watson C, encuentran que menos de la mitad de las enfermeras perciben que en los establecimientos de salud en los que laboran la cultura de seguridad es la adecuada; las costumbres laborales que se alejan de la seguridad son resultados de la presión laboral y la falta de recursos, ciertos comportamientos de riesgo se han convertido en normas; la cultura que busca identificar y castigar al culpable de un error lleva a que nadie reporte los errores suscitados. Los valores, creencias y actitudes de las enfermeras en relación con la seguridad son débiles y es bajo su compromiso; la inadecuada cultura de seguridad de la organización lleva al incumplimiento de normas y los comportamientos de seguridad son poco rigurosos; es débil la motivación por la seguridad. La comprensión compartida de la realidad sanitaria por parte de las enfermeras, ven a la seguridad como algo inherente a los procedimientos cotidianos realizados, pero no sopesan que la forma tradicional de hacer las cosas podría estar incidiendo en errores o que se tienen que añadir algunos procesos a las actividades que se efectúan para incrementar la seguridad. La cultura organizacional como el patrón de supuestos básicos compartidos aprendidos por las enfermeras para resolver los problemas de la institución; no le da la importancia debida a la seguridad; se privilegia más la cantidad de atenciones efectuadas antes que la seguridad de las mismas (58).

Qoronbleh M, constata que la impresión de una buena cultura de seguridad se da en 35 % de los profesionales de enfermería; una efectiva cultura de seguridad del paciente

requiere una multitud de factores como: una comunicación efectiva/abierta, políticas adecuadas, cumplimiento de procedimientos, personal adecuado, seguridad ambiental, liderazgo de apoyo, cultura organizacional, capacitación y orientación; las enfermeras al estar en la vanguardia de la atención de salud, desempeñan un papel vital en la promoción de la seguridad del paciente y en el mantenimiento de los estándares de seguridad al participar activamente en la reducción de errores. La detección de errores de respuesta no punitiva fomenta una cultura justa y segura; las enfermeras deben estar plenamente convencidas de la necesidad de reducir a un nivel mínimo aceptable el riesgo de daño innecesario en la atención de salud; la enfermera debe esmerarse en: evitar y prevenir los resultados adversos o lesiones a lo largo del proceso de atención de salud. La cultura de seguridad depende del compromiso ético de la enfermera con la gestión de riesgos, además debe existir una política institucional de cultura de seguridad que emplee todos los medios posibles para que las enfermeras junto a otros profesionales adopten formas seguras de atender a los usuarios. La cooperación, el compromiso y la interacción entre los profesionales involucrados en el proceso de atención son aspectos determinantes dentro de la institución para alcanzar una buena cultura de seguridad (59).

Cappelen K, Harris A, Storm M, evidencian que el 47,2% de las enfermeras aprecian que la cultura de seguridad es buena; entre las barreras para el establecimiento de una buena cultura de seguridad se destaca: la falta de recursos, la escasez de personal y la falta de comunicación; en las instituciones de salud existe una actitud negativa hacia la denuncia de incidentes y una cultura de culpa personal. La cultura de seguridad también es afectada por el escaso apoyo de la dirección, la falta de trabajo en equipo, la confianza entre profesionales de salud, un enfoque punitivo para informar los

eventos adversos y la poca disposición de aprender y mejorar. La cultura de seguridad de una organización es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de salud y seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, con percepciones compartidas de la importancia de la seguridad, la vigilancia de errores y omisiones, y la permanente implementación de medidas preventivas. Una cultura de seguridad positiva fomenta la honestidad, promueve el aprendizaje y promueve un equilibrio entre la responsabilidad individual y organizacional (60).

Hessels A, Wurmser T, constatan que solo el 31.5% de las enfermeras califican de manera favorable la cultura de seguridad en las instituciones en las que trabajan; existen factores que impiden el surgimiento de una óptima cultura de seguridad como: la renuencia a cuestionar las decisiones de los superiores, la propensión a la infracción de procedimientos y una atmósfera corporativa en la que no se entiende ni se acepta la seguridad como la prioridad número uno. En una institución para que exista una buena cultura de seguridad se debe de implementar un sistema de control y vigilancia que permita evaluar todos los procesos y decisiones para identificar y controlar los errores. La cultura de seguridad está influenciada por las actitudes de los gerentes hacia la seguridad, la instauración de procesos que notifique los accidentes e incidentes, seguido del análisis de la forma en que se deben de proceder para eliminar la posibilidad de error depende de la iniciativa de los gerentes. El ritmo de trabajo y la carga de trabajo deben de estar en equilibrio con la seguridad y la producción. Los profesionales deben de tener la suficiente competencia para realizar determinados

procesos, esto debe de ser verificado por los directivos de la institución, de esta forma podrá desempeñarse de manera segura. Se tienen que evitar la sobrecarga, la tensión laboral y los incidentes estresantes; es necesario anular las situaciones que afecten el desempeño intelectual para que las enfermeras puedan concentrarse y realicen intervenciones sanitarias favorables (61).

6.3. LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

En esta investigación, hemos hallado un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería ($r = 0,459$); este resultado revela que, dado un incremento del, liderazgo, mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería; esto podría deberse a que, el liderazgo motiva e induce que los demás asuman conductas seguras en la práctica profesional. Una buena práctica de liderazgo puede llevar a que los trabajadores de salud adquieran profundas convicciones para controlar riesgos y evitar errores. El liderazgo impulsa la adopción de refinadas formas de desempeño profesional que preservan la seguridad del usuario y que son el reflejo de: creencias, valores y actitudes que respetan la vida y dignidad de las personas. Debido a que es imposible que se monitorice cada uno de los procedimientos realizados por los profesionales de salud; la seguridad del usuario depende de los valores que rigen el accionar de los profesionales, la adopción de los valores que priorizan la vida y bienestar de los pacientes puede ser promovida por un liderazgo de inspire un actuar humanizado en los profesionales de enfermería.

Higgins E, encuentra que el liderazgo de enfermería transformacional puede predecir una mejor cultura de seguridad (OR=3.14) que se expresa en la reducción de las caídas de pacientes y la disminución de los errores de medicación, asimismo el liderazgo transformacional motiva a los enfermeros a trascender sus propios intereses por el bien de la organización. El líder aumenta la motivación intrínseca al destacar que los intereses y valores auténticos de la profesión se orientan en propugnar el bienestar del usuario eliminando todo riesgo añadido y fortuito en la atención de salud. El liderazgo transformacional puede ayudar a desarrollar el compromiso con la seguridad entre los trabajadores de salud de diferentes maneras. En la influencia idealizada, al querer emular al líder que exhibe una práctica profesional segura e identificarse emocionalmente con el líder, conduce a la identificación con las metas, intereses y valores del líder. El líder se constituye en un modelo a seguir en la práctica profesional segura, cuando se comporta de manera consistente con los valores que defiende, puede desarrollar más fácilmente el compromiso con los valores, metas o estándares de seguridad de un grupo de profesionales. El grado de congruencia entre los valores o acciones propugnados por los líderes y la adherencia real a como integridad conductual favorece el fomento de una cultura de seguridad (62).

Drake D, halla el comportamiento de liderazgo de la enfermera está significativamente asociado con la percepción general de la cultura de seguridad ($r=0.45$, $p = 0.002$); asimismo, las enfermeras líderes utilizan la motivación inspiradora para desarrollar un compromiso emocional con el objetivo de instituir una cultura de seguridad. La enfermera líder fomenta los valores, creencias y responsabilidades para garantizar la seguridad del paciente. La enfermera líder trabaja para impulsar a los seguidores a considerar los valores morales de la profesión para evitar la exposición

innecesaria del paciente a situaciones riesgosas. La enfermera líder aumenta aún más el compromiso con la seguridad mediante el empleo de la estimulación intelectual; la capacitación, la dilucidación de inquietudes y el acceso a nuevas experiencias se incorporan como medios para abordar los problemas de seguridad de manera creativa. El orgullo por las acciones de todas las enfermeras y el éxito conjunto en la superación de obstáculos se combinan. La enfermera ejerce influencia en el compromiso afectivo y de continuidad de los demás. Debido a que las personas son prácticas y están orientadas a objetivos, buscan recompensas y evitan los castigos; pero también expresan sentimientos, valores estéticos y autoconceptos para reconocer y afirmar sus actitudes, creencias y valores; la cultura de seguridad debe responder a estas experiencias (11).

Bilgiç R, Betül M, Bürümlü E, Öztürk I, Taşcioglu C, determinan que el estilo de liderazgo afecta los resultados de seguridad en los pacientes ($r = 0.62$, $p = 0.001$); asimismo, la enfermera líder genera motivación en los demás para mantener y mejorar la autoestima y el sentido de competencia para hacer frente al entorno desafiante. La enfermera líder proporciona un sentido y continuidad a las acciones del pasado, presente y futuro y hace que se dé una correspondencia entre el comportamiento y el autoconcepto de sí mismos; hace que surja un autoconcepto que refleje el hecho de brindar atención segura como parte de la identidad del profesional de salud. La enfermera líder también infunde fe y motivos racionales para seguir una práctica profesional segura; los esfuerzos se constituyen en una expresión de la pertenencia e identidad con la institución. La enfermera líder refuerza la autoestima de los seguidores a través de expresiones de confianza, también establece altas expectativas que inducen a un mayor compromiso con la seguridad del paciente. La enfermera líder

enfatisa la importancia de la meta de seguridad como base para la identidad del grupo; inculcan fe en un futuro mejor como una condición intrínsecamente satisfactoria en sí misma. Los seguidores atribuyen su propio esfuerzo adicional a causas internas relacionadas con ellos mismos en lugar de recompensas extrínsecas (12).

Murray M, Sundin D, Cope V, evidencian que el estilo de liderazgo transformacional está asociado de forma positiva a la cultura de seguridad dentro de los establecimientos de salud (r de Pearson = 0.5); Asimismo la enfermera líder apoya el compromiso mediante el desarrollo de capital psicológico positivo al compartir información de manera abierta y transparente, El capital psicológico se refiere a un estado de desarrollo individual que inspira a las personas con confianza para tener éxito en tareas desafiantes, trabajar hacia metas desafiantes y recuperarse de la adversidad. La enfermera líder genera: confianza, optimismo, esperanza y fortaleza; demostrar una pasión genuina por el bienestar de los pacientes, alinea los valores de sus seguidores y promueven la reciprocidad de comportamientos. El compromiso, la participación y la lealtad de los seguidores se deriva del poder y la estima hacia la enfermera líder; la combinación de carisma y consideración individualizada hace que el autoconcepto de los seguidores sea más accesible, cuando el autoconcepto de los seguidores se acerca al del líder, hay un mayor sentido de identidad colectiva y eficacia colectiva. Se mejora la autoestima. Existe un impulso para mantener la coherencia entre las acciones de los seguidores y sus autoconceptos (13).

Ree E, Wiig S, demuestran que el liderazgo transformacional explica el 35,7% del nivel de cultura de seguridad del paciente; las enfermeras líderes muestran emociones para evocar reacciones emocionales en los seguidores; pueden afectar el clima afectivo

general del grupo para que puedan adoptar procesos favorables a la seguridad del paciente. Las enfermeras líderes tienen un impacto positivo en el sentido de optimismo de los seguidores, lo que facilita el desempeño seguro del grupo; además ayudan a los seguidores a superar el afecto negativo asociado a la frustración y el estrés. La enfermera líder crea la impresión de competencia y éxito, de modo que los seguidores ven la obediencia y la lealtad como formas de asegurar su propia competencia. Las líderes comunican altas expectativas y confianza en los seguidores, los seguidores aceptan las metas del líder y creen que pueden contribuir a alcanzar las metas; se despierta su motivación para alcanzar las metas de seguridad del paciente. La enfermera líder se convierte en un catalizador para la racionalización de los seguidores a medida que desarrollan normas y fantasías compartidas sobre el líder y lo que el líder puede lograr por ellos. Es más probable que surja un liderazgo carismático cuando los seguidores se encuentran bajo estrés o en un estado de crisis. El líder carismático tiene la temeridad de proponer soluciones radicales para hacer frente al estrés o las crisis, lo que aumenta aún más su estima a los ojos de los seguidores (14).

Murphy L, destaca que existe una relación significativa entre los atributos de liderazgo auténticos y una mayor cultura de seguridad del paciente, la enfermera líder moviliza a los seguidores a superar las expectativas de seguridad en su desempeño; mejoran los autoconceptos de los seguidores y fomentan la identificación personal y colectiva de los seguidores con las metas y objetivos de seguridad de la organización. Las enfermeras líderes mejoran el autoconcepto y el sentido de autoeficacia de los seguidores, que a la vez mejora el rendimiento tanto individual como grupal, los objetivos de seguridad y los valores compartidos o alineados son clave para motivar el desempeño de los seguidores. La enfermera líder empodera a los seguidores para que

se desempeñen más allá de las expectativas. La mejora de los autoconceptos de los seguidores y el aumento de su sentido de autoeficacia para efectuar procedimientos seguros probablemente se produzcan en parte a través de la influencia directa del líder en los seguidores y en parte a través de un sentido de eficacia colectiva entre los miembros del grupo, equipo o unidad. Las enfermeras líderes influyen en el optimismo colectivo de los seguidores y amortiguan las experiencias de frustración; el aumento de la autoconfianza / eficacia entre los seguidores es la razón principal de la alta moral y los comportamientos innovadores en seguridad promovidos. La enfermera líder genera el compromiso, el esfuerzo y el desempeño de los seguidores, mediante la alineación de valores personales con los valores institucionales (15).

CONCLUSIONES

1. Cuando se incrementa el liderazgo **transformacional** en las enfermeras; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; 0,454).
2. Cuando se incrementa el liderazgo **transaccional** en las enfermeras; se debilita la cultura de seguridad en los servicios de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; -0,462).
3. Cuando se incrementa el liderazgo **evitador** en las enfermeras; se debilita la cultura de seguridad en los servicios de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; -0,458).
4. De forma general, cuando se incrementa el **liderazgo** en las enfermeras; mejora la cultura de seguridad en los servicios de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; 0,459).

RECOMENDACIONES

1. Es favorable implementar un programa que desarrolle aptitudes de liderazgo transformacional en las enfermeras; esto permitirá orientar: las expectativas, percepciones y motivaciones de los trabajadores en salud hacia la mejora de la cultura de seguridad, también facilitará el trabajo en equipo y el esfuerzo conjunto para brindar servicios de mayor calidad bajo una firme orientación ética y moral.
2. Es conveniente desarrollar programas que sustituyan las prácticas del liderazgo transaccional por pericias de liderazgo transformacional; esto posibilitará que la enfermera induzca al personal de salud a actuar por inspiración, convicción e iniciativa propia para mejorar la cultura de seguridad; que va más allá de trabajar motivado por la consecución de recompensas materiales o para evitar sanciones.
3. Es indispensable concretar programas que alejen a la enfermera de maniobras de evitación y que opte por adquirir destrezas de liderazgo transformacional; esto permitirá que las enfermeras abandonen sus actitudes pasivas y susciten nuevos significados, propósitos, impulsos y necesidades en los trabajadores de salud, para forjar una cultura de seguridad con servicios de mayor calidad.
4. De forma general, es favorable plasmar programas que desarrollen y fortalezcan aptitudes de liderazgo en las enfermeras; los que doten de aptitudes para ejercer influencia positiva sobre los demás trabajadores de salud, para fortalecer la cultura de seguridad y ofrecer servicios de salud que no representen un riesgo en sí mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jewell K, McGiffert L. To err is human, to delay is deadly. Ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted. *Consumer Reports Health*. 2009; 10(1).
2. Gartshore E, Waring J, Timmons S. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1): p. 752 - 759.
3. DiCuccio M. The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Patient Saf*. 2015; 11(3): p. 135 - 142.
4. Groves P. The relationship between safety culture and patient outcomes: Results from pilot meta-analyses. *Western Journal of Nursing Research*. 2014; 36(1): p. 66 - 83.
5. Sturm H, Rieger M y Martus P. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One*. 2019; 4(14): p. 78 - 91.
6. Wagner A, Hammer A, Manser T, Martus P, Sturm H, Rieger M. Do Occupational and Patient Safety Culture in Hospitals Share Predictors in the Field of Psychosocial Working Conditions? Findings from a Cross-Sectional Study in German University Hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10): p. 131 - 145.
7. Pinheiro M, Osnir J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global*. 2017; 16(1): p. 309 - 324.
8. Molina A. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - EsSALUD. Lima, 2017. [Tesis]. Universidad Cesar Vallejo , Escuela De Post Grado; 2017.
9. Sánchez J. Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería del Hospital Chancay. [Tesis]. Universidad César Vallejo, Escuela De Post Grado; 2018.
10. Higgins E. The Influence of Nurse Manager Transformational Leadership on Nurse and Patient Outcomes: Mediating Effects of Supportive Practice Environments, Organizational Citizenship Behaviours, Patient Safety Culture and Nurse Job Satisfaction. [Tesis]. London, Ontario: The University of Western Ontario, The School of Graduate and Postdoctoral Studies; 2015.
11. Drake D. Nurse leader behavior and patient safety. [Tesis]. East Carolina University, Faculty of the College of Nursing; 2015.

12. Bilgiç R, Betül M, Bürümlü E, Öztürk I, Taşcıoğlu C. The effects of leadership on safety outcomes: The mediating roles of trust and safety climate. *International Journal of Occupational Safety and Health*. 2016; 6(1): p. 8 - 17.
13. Murray M, Sundin D, Cope V. The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 27(5): p. 1287 - 1293.
14. Ree E, Wiig S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*. 2019; 7(1): p. 256–264.
15. Murphy L. Leadership, Nursing, and Patient Safety Within a Hospital-based Learning Organization. [Tesis]. University of Western Ontario, Graduate Program in Education; 2016.
16. Avramchuk A, Mcguire S. Patient Safety Climate: A Study of Southern California Healthcare Organizations. *Journal of Healthcare Management*. ; 63(3): p. 175 - 192.
17. Seljemo C, Viksveen P. The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2020; 20(1): p. 1 - 8.
18. Hessels A, Wurmser T. Relationship among safety culture, nursing care, and Standard Precautions adherence. *American Journal of Infection Control*. 2019; 32(4): p. 1 - 2.
19. Nunes E. Nursing in the mirror: unveiling transpersonal leadership in team care. *Rev Gaucha Enferm*. 2017; 37(4): p. 381 - 390.
20. Hutchinson M, Jackson D. Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. *Nurs Inq*. 2013; 20(1): p. 11 - 22.
21. Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. *J Nurs Manag*. 2008; 16(8): p. 905 - 911.
22. Dyess S, Sherman R, Pratt B. Growing nurse leaders: their perspectives on nursing leadership and to day's practice environment. *Online J Issues Nurs*. 2016; 21(1): p. 7 - 14.
23. Hassmiller S, Combes J. Nurse leaders in the boardroom: a fitting choice. *J Healthc Manag*. 2012; 57(1): p. 8 - 11.
24. Khoury C, Blizzard R, Wright L. Nursing leadership from bedside to boardroom: a gallup national survey of opinion leaders. *J Nurs Adm*. 2011; 41(7): p. 299 - 305.
25. Adams J. The emergence of nurse executive influence in practice. *J Nurs Adm*. 2011; 41(2): p. 55 - 57.
26. Ducharme M, Bernhardt J. Leader Influence, the professional practice environment, and nurse engagement in essential nursing practice. *J Nurs Adm*. 2017; 47(7): p. 367 - 375.

27. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014; 12(6): p. 573 - 576.
28. Cabrera G. Influencia del estilo de liderazgo de la supervisora de enfermería en la satisfacción laboral del personal de enfermería del hospital Ilo. [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Unidad de posgrado de la facultad de medicina; 2017.
29. Gartshore E, Waring J, Timmons S. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2017 ; 17(1): p. 2713 - 2722.
30. Karlsson A, Gunningberg L, Bäckström J. Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety, and intention to stay - a double-edged sword. *J Nurs Manag.* 2019; 45(1): p. 145 - 152.
31. Kusumawati A, Handiyani H, Rachmi S. Patient safety culture and nurses' attitude on incident reporting in Indonesia. *Enferm Clin.* 2019; 25(1): p. 309 - 314.
32. The reasons for Chinese nursing staff to report adverse events: a questionnaire survey. *J Nurs Manag.* 2017; 25(3): p. 231 - 239.
33. Rutledge D, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *J Clin Nurs.* 2018; 27(9): p. 1941 - 1949.
34. DeLima C, Bezerra I, Ramos J. Association between culture of patient safety and burnout in pediatric hospitals. *PLoS One.* 2019; 24(6): p. 218 - 225.
35. Hung C, Chu T, Lee B, Hsiao C. Nurses' attitude and intention of medication administration error reporting. *J Clin Nurs.* 2016; 25(3): p. 445 - 453.
36. Ladewski B, Al-Bayati A. Quality and safety management practices: The theory of quality management approach. *J Safety Res.* 2019; 69(1): p. 193 - 200.
37. ElSayed M, ElSibai R, Bachir R. Interfacility patient transfers in Lebanon-A culture-changing initiative to improve patient safety and outcomes. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(25): p. 159 - 163.
38. Honda C, Naruse T, Tsuchiya R, Yamamoto N, Nagata S. Home safety practices to prevent child injury and its association with family and children's daily routines in Japan: A cross-sectional study. *Jpn J Nurs Sci.* 2019; 11(1): p. 174 - 182.
39. Yoo M, Kim K. Explorando la influencia del ambiente de trabajo de las enfermeras y la cultura de seguridad del paciente sobre las actitudes hacia los informes de incidentes. *J Nurs Adm.* 2017; 47(9): p. 434 - 440.
40. Yoo M, Kim K. Exploring the Influence of Nurse Work Environment and Patient Safety Culture on Attitudes Toward Incident Reporting. *J Nurs Adm.* 2017; 47(9): p. 434 - 440.
41. Lee E. Safety climate and attitude toward medication error reporting after hospital accreditation in South Korea. *Int J Qual Health Care.* 2016; 28(4): p. 508 - 514.

42. Yung H, Yu S, Chu C, Hou I, Tang F. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *J Nurs Manag.* 2016; 24(5): p. 580 - 588.
43. Ruiz A ML. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada.* 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
44. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud.* 2nd ed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2013.
45. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica.* 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
46. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica.* 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
47. Jurado L. *Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un policlínico en el distrito de San Luis, Lima-2017.* [Tesis]. Universidad Cesar Vallejo , Escuela De Post Grado; 2018.
48. Öztuna D, Elhan A, Tüccar E. Investigation of Four Different Normality Tests in Terms of Type 1 Error Rate and Power under Different Distributions. *Turk J Med Sci.* 2006; 36(3): p. 171-176.
49. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo.* 2016; 6(3): p. 105-114.
50. Flores P, Muñoz L, Sánchez T. Estudio de potencia de pruebas de normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no normalidad. *Perfiles.* 2019; 21(1): p. 4 - 11.
51. Friendly M, Denis D,. The early origins and development of the scatterplot. *Journal of the History of the Behavioral Sciences.* 2005; 41(2).
52. Mohammed S. *Inferential Statistics – The Basics For Biostatistics Volume II.* 1st ed.: Bookboon; 2018.
53. Dawson B TR. *Bioestadística médica.* 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
54. Hughes V. What are the Barriers to Effective Nurse Leadership? A Review. *Athens Journal of Health.* 2018; 5(1): p. 7 - 20.
55. Iqbal K, Fatima T, Naveed M. The Impact of Transformational Leadership on Nurses' Organizational Commitment: A Multiple Mediation Model. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.* 2020; 10(1): p. 262–275.
56. Asiri S, Rohrer W, Alsurimi K. The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: a cross-sectional study. *BMC Nursing.* 2016; 15(2): p. 1 - 10.

57. Hina S, Sana S, Muhammad A. Influence of Supportive Leadership on Nursing Clinical Decision making in Critical Care Units at Tertiary Care Hospital Lahore. *International Journal of Nursing*. 2018; 5(2): p. 45-71.
58. Granel N, Manresa J, Watson C. Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*. 2020; 20(5): p. 1 - 9.
59. Qoronbleh M. Patient Safety Culture amongst Nurses in Qatar. *Public Health and Community Medicine*. 2021; 5(1): p. 1 - 4.
60. Cappelen K, Harris A, Storm M. Healthcare Staff Perceptions of Patient Safety Culture in Nursing Home Settings— A Cross-Sectional Study. *Open Journal of Nursing*. 2017; 7(1): p. 1069 - 1085.
61. Hessels A, Wurmser T. Relationship among safety culture, nursing care, and Standard Precautions adherence. *American Journal of Infection Control*. 2019; 18(2): p. 1 - 2.
62. Higgins E. The Influence of Nurse Manager Transformational Leadership on Nurse and Patient Outcomes: Mediating Effects of Supportive Practice Environments, Organizational Citizenship Behaviours, Patient Safety Culture and Nurse Job Satisfaction. [Tesis]. London, Ontario: The University of Western Ontario, The School of Graduate and Postdoctoral Studies; 2015.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS
4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
5. TABLAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
6. OFICIO DE PRESENTACIÓN A LA MICRO RED DE SALUD “EL TAMBO”
7. CONSENTIMIENTO INFORMADO
8. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD
9. VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTO
10. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MICRO RED DE SALUD DE EL
TAMBO
11. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD

**AUTORAS: Chuquimantari Hurtado, Analiz Cristina
Durand Basilio, Cintia Yulisa**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS 1. ¿Cuál es la relación entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021? 2. ¿Cuál es la relación entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021? 3. ¿Cuál es la relación entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Establecer la relación entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021 2. Establecer la relación entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021 3. Establecer la relación entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería de la microred de salud “El Tambo” en el 2021</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL La relación entre el liderazgo y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo; mayor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo 2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 1. La relación entre el liderazgo transformacional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo transformacional; mayor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2021 2. La relación entre el liderazgo transaccional y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo transaccional; menor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2021 3. La relación entre el liderazgo evitador y la cultura de seguridad en los servicios de enfermería es que: a mejor liderazgo evitador; menor cultura de seguridad en los servicios enfermería de la Microred de Salud El Tambo en el 2021</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN La investigación realizada fue: básica, transversal, observacional. Básica, porque los aportes conceptuales generados no tienen aplicación práctica inmediata; además los resultados solo amplían nuestra comprensión sobre el fenómeno estudiado. Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez. Observacional, las investigadoras se restringieron a examinar los datos tal como aparecieron en la realidad.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN La investigación efectuada fue de nivel relacional, porque se evaluaron dos variables y se estableció la existencia de relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la correspondencia entre estas variables no es casual, además no se hizo ninguna manipulación de las variables.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: - Liderazgo en enfermería</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: - Cultura de seguridad en los servicios de enfermería</p> <p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS : - Edad - Número de hijos - Estado civil - Otras actividades laborales - Años de experiencia laboral en la institución - Estudios de especialización y post grado</p>	<p>POBLACIÓN La población de referencia fueron 111 licenciadas en enfermería que laboraban en los establecimientos de salud de la micro red “El Tambo” en el 2021, y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 85 enfermeras que laboraban en los establecimientos de salud de Micro Red de Salud “EL Tambo” en el 2021.</p> <p>PARA VALORAR EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Cuestionario De Liderazgo En Enfermería”</p> <p>PARA VALORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Cuestionario Hospital Survey On Patient”</p>

ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	Es el conjunto de habilidades directivas que posee la enfermera para influir en la forma de ser o actuar de su grupo de trabajo, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de las metas y objetivos de las instituciones de salud.	Liderazgo transformacional	Orientación hacia cambiar las expectativas, percepciones y motivaciones, así como liderar el cambio dentro de una organización, es observable cuando los líderes y seguidores trabajan juntos para avanzar a un nivel superior de moral y motivación.	Presunción de trabajar conmigo	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Tener el respeto		
				Plena confianza en mí.		
				Confianza para superar obstáculos		
				Charlas para motivarlos.		
				Potenciar la motivación		
				Desarrollar nuevas motivaciones		
				Resolución cuidadosa de los problemas		
				Uso el razonamiento y en la evidencia		
				Orientar problemas como oportunidades		
				Orientar problemas de forma nueva.		
				Usar inteligencia en los obstáculos.		
				Fundamentar opiniones		
				Nuevo enfoque de los problemas		
		Formar a los que necesitan.				
		Atender a los que consiguen las metas				
		Enseñar lo que se necesite				
		Liderazgo transaccional	Se centra en el papel de supervisión, organización, el líder promueve el cumplimiento de tareas y funciones a través de los premios o castigos.	Dar lo que quieren por su apoyo.		
				Acuerdo lo esperado y lo que doy		
				Posibilidad de negociar		
				Pueden lograr requerido si siguen lo pactado		
				Dar lo deseado a cambio de su cooperación.		
				No cambio si las cosas salen bien.		
				Evito involucrarme en su labor		
				Considero "si funciona, no lo arregles"		
		Intervengo solo en dificultades				
		No hago cambios si las cosas marchan bien.				
Dejo que sigan haciendo su trabajo						
Liderazgo evitador	El líder tiene un papel más pasivo y sus trabajadores son los que toman la mayor responsabilidad en las decisiones, existe completa autonomía,	Concurrencia con poco efecto				
		Evitar estar presente				
		Evitar decisiones.				
		Evitar confrontar problema.				
		Evitar dar orientaciones				
Permanecer ausente						

VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CULTURA DE SEGURIDAD	Es laborar en un medio en el que todas las actividades realizadas buscan garantizar la seguridad del paciente, existe la capacidad de reconocer los errores y ser reportados para que el análisis posterior para implementar mejoras.	PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS	Son las precauciones que se toman para anular o reducir todo tipo de riesgo en las actividades sanitarias realizadas de forma cotidiana en la institución; estas previsiones se hallan implícitas en los procedimientos establecidos y deben ser cumplidas de manera estricta.	Predisposición a evitar riesgos en la seguridad Aceptación de sugerencias para la seguridad Anteponer la seguridad a la productividad Pasar por alto la seguridad Apoyo mutuo Colaboración ante el intenso trabajo Trato respetuoso Ayuda de otros compañeros Suficiente personal Evitar jornadas laborales agotadoras Evitar personal sustituto o temporal Evitar la presión Cooperación entre las unidades/servicios Trabajo coordinado de los servicios/unidades Buena coordinación entre unidades Comodidad al trabajar con otra unidad	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
		CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES	Es la convicción moral de los profesionales de salud de actuar eliminando o reduciendo en todo lo posible los riesgos, en cada uno de los procedimientos realizados y en las decisiones tomadas que involucran la salud y el bienestar del paciente	Notificación de errores que dañan Notificación de errores que no dañan Notificación de errores con consecuencias Aumento del trabajo sacrificando la seguridad Procedimientos para evitar errores A prueba de fallos por casualidad Problemas relacionados con la seguridad Comunicación de posibles datos Cuestionamiento de decisiones de superiores Se hacen las preguntas necesarias Pérdida de información entre un servicio y otro Pérdida de información en cambios de turno Problemático intercambio de información Problemas de atención por cambios de turno.		
		DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD	Son las normas y directivas institucionales emitidas que evitan eventualidades que puedan afectar la salud o impedir la adecuada recuperación del paciente; su incumplimiento presupone sanciones.	Actividades para mejorar la seguridad Medidas para detectar y evitar fallas Se comprueba las mejoras de la seguridad Respuesta ante la notificación Cuestionar de acciones Discusión de la forma de evitar errores Uso pernicioso de los errores Búsqueda de culpables ante un fallo Temor a cometer errores Clima laboral que favorece la seguridad La seguridad es la prioridad Interés por la seguridad tras un suceso adverso		

ANEXO 03: OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

VARIABLE 1: CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA	Liderazgo transformacional	Presunción de trabajar conmigo	1. Se sienten orgullosos de trabajar conmigo.	Totalmente desacuerdo = 0 Desacuerdo = 1 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 De acuerdo = 3 Totalmente de acuerdo = 4
		Tener el respeto	2. Cuento con su respeto.	
		Plena confianza en mí.	3. Tienen plena confianza en mí.	
		Confianza para superar obstáculos	4. Confían en mi capacidad para superar cualquier obstáculo.	
		Charlas para motivarlos.	5. Les doy charlas para motivarlos.	
		Potenciar la motivación	6. Potencio su motivación de éxito	
		Desarrollar nuevas motivaciones	7. Trato de desarrollar nuevas formas para motivarlos	
		Resolución cuidadosa de los problemas	8. Pongo especial énfasis en la resolución cuidadosa de los problemas antes de actuar.	
		Uso el razonamiento y en la evidencia	9. Hago que se basen en el razonamiento y en la evidencia para resolver los problemas.	
		Orientar problemas como oportunidades	10. Trato de que vean los problemas como una oportunidad para aprender.	
		Orientar problemas de forma nueva.	11. Les hago pensar sobre viejos problemas de forma nueva.	
		Usar inteligencia en los obstáculos.	12. Impulso la utilización de la inteligencia para superar los obstáculos.	
		Fundamentar opiniones	13. Les pido que fundamenten sus opiniones con argumentos sólidos.	
		Nuevo enfoque de los problemas	14. Les doy nuevas formas de enfocar los problemas que antes les resultaban desconcertantes.	
		Formar a los que necesitan.	15. Me preocupo de formar a aquellos que lo necesitan.	
		Atender a los que consiguen las metas	16. Centro mi atención en los casos en los que no se consigue alcanzar las metas esperadas.	
		Enseñar lo que se necesite	17. Estoy dispuesto a instruirles o enseñarles siempre lo que necesiten.	
	Liderazgo transaccional	Dar lo que quieren por su apoyo.	18. Les doy lo que quieren a cambio de recibir su apoyo.	
		Acuerdo lo esperado y lo que doy	19. Me aseguro de que exista un fuerte acuerdo entre lo que se espera que hagan y lo que pueden obtener de mí por su esfuerzo.	

		Posibilidad de negociar	20. Siempre que lo crean necesario, pueden negociar conmigo lo que obtendrán a cambio por su trabajo.
		Pueden lograr lo que quieren si siguen lo pactado	21. Les hago saber que pueden lograr lo que quieren si trabajan conforme a lo pactado conmigo.
		Dar lo deseado a cambio de su cooperación.	22. Trato de que obtengan lo que deseo a cambio de su cooperación.
		No cambio si las cosas salen bien.	23. No trato de cambiar lo que hacen mientras las cosas salgan bien.
		Evito involucrarme en su labor	24. Evito involucrarme en su trabajo
		Considero “si funciona, no lo arregles”	25. Demuestro que creo firmemente en el dicho “si funciona, no lo arregles”.
		Intervengo solo en dificultades con los objetivos.	26. Evito intervenir, excepto cuando no se consiguen los objetivos.
		No hago cambios si las cosas marchan bien.	27. No trato de hacer cambios mientras las cosas marchen bien.
		Dejo que sigan haciendo su trabajo	28. Les dejo que sigan haciendo su trabajo como siempre lo han hecho, si no me parece necesario introducir algún cambio.
	Liderazgo evitador	Concurrencia con poco efecto	29. Mi presencia tiene poco efecto en su rendimiento.
		Evitar estar presente	30. No les digo donde me sitúo en algunas ocasiones.
		Evitar decisiones.	31. Evito tomar decisiones.
		Evitar confrontar problema.	32. Soy difícil de encontrar cuando surge un problema.
		Evitar dar orientaciones	33. Evito decirles cómo se tienen que hacer las cosas
Permanecer ausente	34. Es probable que esté ausente cuando se me necesita.		

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
CULTURA DE SEGURIDAD	PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS	Predisposición a evitar riesgos en la seguridad	1. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Totalmente desacuerdo = 0 Desacuerdo = 1 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 De acuerdo = 3 Totalmente de acuerdo = 4
		Aceptación de sugerencias para la seguridad	2. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	
		Anteponer la seguridad a la productividad	3. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	
		Pasar por alto la seguridad	4. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	
		Apoyo mutuo	5. El personal en el servicio se apoya mutuamente en el trabajo	
		Colaboración ante el intenso trabajo	6. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	
		Trato respetuoso	7. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	
		Ayuda de otros compañeros	8. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	
		Suficiente personal	9. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	
		Evitar jornadas laborales agotadoras	10. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	
		Evitar personal sustituto o temporal	11. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	
		Evitar la presión	12. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	
		Cooperación entre las unidades/servicios	13. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	
		Trabajo coordinado de los servicios/unidades	14. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	
		Buena coordinación entre unidades	15. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	
		Comodidad al trabajar con otra unidad	16. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	
	CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES	Notificación de errores que dañan	17. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	
		Notificación de errores que no dañan	18. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	
		Notificación de errores con consecuencias	19. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	
		Aumento del trabajo sacrificando la seguridad	20. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	
		Procedimientos para evitar errores	21. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	

DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD	A prueba de fallos por casualidad	22. No se producen más fallos por casualidad.
	Problemas relacionados con la seguridad	23. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.
	Comunicación de posibles datos	24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.
	Cuestionamiento de decisiones de superiores	25. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores
	Se hacen las preguntas necesarias	26. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
	Perdida de información entre un servicio y otro	27. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.
	Perdida de información en cambios de turno	28. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.
	Problemático intercambio de información	29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.
	Problemas de atención por cambios de turno.	30. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.
	Actividades para mejorar la seguridad	31. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.
	Medidas para detectar y evitar fallas	32. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.
	Se comprueba las mejoras de la seguridad	33. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.
	Respuesta ante la notificación	34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuación que se han llevado a cabo.
	Cuestionar de acciones	35. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores
	Discusión de la forma de evitar errores	36. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.
	Uso pernicioso de los errores	37. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.
	Búsqueda de culpables ante un fallo	38. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.
	Temor a cometer errores	39. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.
	Clima laboral que favorece la seguridad	40. La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.
	La seguridad es la prioridad	41. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.
	Interés por la seguridad tras un suceso adverso	42. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

////////////////////////////////////
INFORMACIÓN GENERAL
////////////////////////////////////

1. EDAD (años):.....

2. NÚMERO DE HIJOS:.....

3. ESTADO CIVIL

(0) CASADO(A)

(1) SOLTERO (A)

(2) VIUDO(A)

(3) DIVORCIADO (A)

(4) CONVIVIENTE

4. OTRAS ACTIVIDADES LABORALES

5. AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL:

6. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO:

.....
.....
.....

CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

(CELID-A) Castro, Nader y Casull

A continuación, hay una serie de afirmaciones acerca del liderazgo y del acto de liderar. Marque la alternativa que más se aproxime a su realidad acorde a la escala que se presenta a continuación:

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4

La encuesta es anónima.

ORIENTACIÓN TRANSFORMACIONAL:					
1. Se sienten orgullosos de trabajar conmigo.	0	1	2	3	4
2. Cuento con su respeto.	0	1	2	3	4
3. Tienen plena confianza en mí.	0	1	2	3	4
4. Confían en mi capacidad para superar cualquier obstáculo.	0	1	2	3	4
5. Les doy charlas para motivarlos.	0	1	2	3	4
6. Potencio su motivación de éxito	0	1	2	3	4
7. Trato de desarrollar nuevas formas para motivarlos	0	1	2	3	4
8. Pongo especial énfasis en la resolución cuidadosa de los problemas antes de actuar.	0	1	2	3	4
9. Hago que se basen en el razonamiento y en la evidencia para resolver los problemas.	0	1	2	3	4
10. Trato de que vean los problemas como una oportunidad para aprender.	0	1	2	3	4
11. Les hago pensar sobre viejos problemas de forma nueva.	0	1	2	3	4
12. Impulso la utilización de la inteligencia para superar los obstáculos.	0	1	2	3	4
13. Les pido que fundamenten sus opiniones con argumentos sólidos.	0	1	2	3	4
14. Les doy nuevas formas de enfocar los problemas que antes les resultaban desconcertantes.	0	1	2	3	4
15. Me preocupo de formar a aquellos que lo necesitan.	0	1	2	3	4
16. Centro mi atención en los casos en los que no se consigue alcanzar las metas esperadas.	0	1	2	3	4
17. Estoy dispuesto a instruirles o enseñarles siempre lo que necesiten.	0	1	2	3	4
ORIENTACIÓN TRANSACCIONAL					
18. Les doy lo que quieren a cambio de recibir su apoyo.	0	1	2	3	4
19. Me aseguro de que exista un fuerte acuerdo entre lo que se espera que hagan y lo que pueden obtener de mí por su esfuerzo.	0	1	2	3	4
20. Siempre que lo crean necesario, pueden negociar conmigo lo que obtendrán a cambio por su trabajo.	0	1	2	3	4
21. Les hago saber que pueden lograr lo que quieren si trabajan conforme a lo pactado conmigo.	0	1	2	3	4
22. Trato de que obtengan lo que deseo a cambio de su cooperación.	0	1	2	3	4
23. No trato de cambiar lo que hacen mientras las cosas salgan bien.	0	1	2	3	4
24. Evito involucrarme en su trabajo	0	1	2	3	4
25. Demuestro que creo firmemente en el dicho “si funciona, no lo arregles”.	0	1	2	3	4
26. Evito intervenir, excepto cuando no se consiguen los objetivos.	0	1	2	3	4

27. No trato de hacer cambios mientras las cosas marchen bien.	0	1	2	3	4
28. Les dejo que sigan haciendo su trabajo como siempre lo han hecho, si no me parece necesario introducir algún cambio.	0	1	2	3	4
ORIENTACIÓN DE EVITACIÓN					
29. Mi presencia tiene poco efecto en su rendimiento.	0	1	2	3	4
30. No les digo donde me sitúo en algunas ocasiones.	0	1	2	3	4
31. Evito tomar decisiones.	0	1	2	3	4
32. Soy difícil de encontrar cuando surge un problema.	0	1	2	3	4
33. Evito decirles cómo se tienen que hacer las cosas	0	1	2	3	4
34. Es probable que esté ausente cuando se me necesita.	0	1	2	3	4

.....Gracias

NOTA: Para el procesamiento general los valores de los ítems 18 al 34 deben de ser invertidos.

BAREMOS

PUNTAJE	CALIFICACIÓN
0 – 27.2	Muy mala condición liderazgo
27.3 - 54.4	Mala condición liderazgo
54.5 - 81.6	Regular condición liderazgo
81.7 - 108.8	Buena condición liderazgo
108.9 - 136	Muy buena condición de liderazgo

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Basado en el “Hospital survey on patient safety culture” - Agency for Healthcare Research and Quality

A continuación, le presentamos afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en los establecimientos de salud. Marque con una X la opción que más se aproxima a su realidad, de acuerdo con la siguiente escala.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4

La encuesta es anónima.

PRÁCTICAS LABORALES SEGURAS					
1. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	0	1	2	3	4
2. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	0	1	2	3	4
3. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	0	1	2	3	4
4. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	0	1	2	3	4
5. El personal en el servicio se apoya mutuamente en el trabajo	0	1	2	3	4
6. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	0	1	2	3	4
7. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	0	1	2	3	4
8. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	0	1	2	3	4
9. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	0	1	2	3	4
10. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	0	1	2	3	4
11. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	0	1	2	3	4
12. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	0	1	2	3	4
13. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	0	1	2	3	4
14. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	0	1	2	3	4
15. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	0	1	2	3	4
16. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	0	1	2	3	4
CONCIENCIA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES					
17. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	0	1	2	3	4
18. Se notifican los errores que previsiblemente novan a dañar al paciente.	0	1	2	3	4
19. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	0	1	2	3	4
20. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	0	1	2	3	4

21. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	0	1	2	3	4
22. No se producen más fallos por casualidad.	0	1	2	3	4
23. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	0	1	2	3	4
24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	0	1	2	3	4
25. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	0	1	2	3	4
26. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	0	1	2	3	4
27. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	0	1	2	3	4
28. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	0	1	2	3	4
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	0	1	2	3	4
30. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	0	1	2	3	4
DISPOSICIONES INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD					
31. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	0	1	2	3	4
32. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	0	1	2	3	4
33. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	0	1	2	3	4
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuación que se han llevado a cabo.	0	1	2	3	4
35. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	0	1	2	3	4
36. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	0	1	2	3	4
37. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	0	1	2	3	4
38. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	0	1	2	3	4
39. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	0	1	2	3	4
40. La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	0	1	2	3	4
41. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	0	1	2	3	4
42. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	0	1	2	3	4

.....Muchas Gracias

BAREMOS

PUNTAJE	CALIFICACIÓN
0 – 33.6	Muy mala cultura de seguridad
33.7 – 67.2	Mala cultura de seguridad
67.3 – 100.8	Regular cultura de seguridad
100.9 – 134.4	Buena cultura de seguridad
134.5 - 168	Muy buena cultura de seguridad

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERIA”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.841
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7923.4131
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotadoa			
	Componente		
	1	2	3
1. Se sienten orgullosos de trabajar conmigo.	0.532		
2. Cuento con su respeto.	0.521		
3. Tienen plena confianza en mí.	0.539		
4. Confían en mi capacidad para superar cualquier obstáculo.	0.576		
5. Les doy charlas para motivarlos.	0.514		
6. Potencio su motivación de éxito	0.490		
7. Trato de desarrollar nuevas formas para motivarlos	0.542		
8. Pongo especial énfasis en la resolución cuidadosa de los problemas antes de actuar.	0.522		
9. Hago que se basen en el razonamiento y en la evidencia para resolver los problemas.	0.529		
10. Trato de que vean los problemas como una oportunidad para aprender.	0.522		
11. Les hago pensar sobre viejos problemas de forma nueva.	0.614		
12. Impulso la utilización de la inteligencia para superar los obstáculos.	0.601		
13. Les pido que fundamenten sus opiniones con argumentos sólidos.	0.606		
14. Les doy nuevas formas de enfocar los problemas que antes les resultaban desconcertantes.	0.614		
15. Me preocupo de formar a aquellos que lo necesitan.	0.580		
16. Centro mi atención en los casos en los que no se consigue alcanzar las metas esperadas.	0.492		
17. Estoy dispuesto a instruirles o enseñarles siempre lo que necesiten.	0.510		
18. Les doy lo que quieren a cambio de recibir su apoyo.		0.472	
19. Me aseguro de que exista un fuerte acuerdo entre lo que se espera que hagan y lo que pueden obtener de mí por su esfuerzo.		0.532	
20. Siempre que lo crean necesario, pueden negociar conmigo lo que obtendrán a cambio por su trabajo.		0.579	
21. Les hago saber que pueden lograr lo que quieren si trabajan conforme a lo pactado conmigo.		0.633	
22. Trato de que obtengan lo que deseo a cambio de su cooperación.		0.568	
23. No trato de cambiar lo que hacen mientras las cosas salgan bien.		0.520	
24. Evito involucrarme en su trabajo		0.539	
25. Demuestro que creo firmemente en el dicho “si funciona, no lo arregles”.		0.563	

26. Evito intervenir, excepto cuando no se consiguen los objetivos.		0.580	
27. No trato de hacer cambios mientras las cosas marchen bien.		0.603	
28. Les dejo que sigan haciendo su trabajo como siempre lo han hecho, si no me parece necesario introducir algún cambio.		0.450	
29. Mi presencia tiene poco efecto en su rendimiento.			0.600
30. No les digo donde me sitúo en algunas ocasiones.			0.620
31. Evito tomar decisiones.			0.501
32. Soy difícil de encontrar cuando surge un problema.			0.465
33. Evito decirles cómo se tienen que hacer las cosas			0.588
34. Es probable que esté ausente cuando se me necesita.			0.624
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>			

Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto a 30 enfermeras de la micro red de salud Chilca; 2020.

**CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN
ENFERMERIA”**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,854	34

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Se sienten orgullosos de trabajar conmigo.	0.802
2. Cuento con su respeto.	0.804
3. Tienen plena confianza en mí.	0.755
4. Confían en mi capacidad para superar cualquier obstáculo.	0.808
5. Les doy charlas para motivarlos.	0.798
6. Potencio su motivación de éxito	0.769
7. Trato de desarrollar nuevas formas para motivarlos	0.798
8. Pongo especial énfasis en la resolución cuidadosa de los problemas antes de actuar.	0.776
9. Hago que se basen en el razonamiento y en la evidencia para resolver los problemas.	0.815
10. Trato de que vean los problemas como una oportunidad para aprender.	0.800
11. Les hago pensar sobre viejos problemas de forma nueva.	0.788
12. Impulso la utilización de la inteligencia para superar los obstáculos.	0.762
13. Les pido que fundamenten sus opiniones con argumentos sólidos.	0.793
14. Les doy nuevas formas de enfocar los problemas que antes les resultaban desconcertantes.	0.766
15. Me preocupo de formar a aquellos que lo necesitan.	0.793
16. Centro mi atención en los casos en los que no se consigue alcanzar las metas esperadas.	0.773
17. Estoy dispuesto a instruirles o enseñarles siempre lo que necesiten.	0.766
18. Les doy lo que quieren a cambio de recibir su apoyo.	0.786
19. Me aseguro de que exista un fuerte acuerdo entre lo que se espera que hagan y lo que pueden obtener de mí por su esfuerzo.	0.757
20. Siempre que lo crean necesario, pueden negociar conmigo lo que obtendrán a cambio por su trabajo.	0.756
21. Les hago saber que pueden lograr lo que quieren si trabajan conforme a lo pactado conmigo.	0.764
22. Trato de que obtengan lo que deseo a cambio de su cooperación.	0.783
23. No trato de cambiar lo que hacen mientras las cosas salgan bien.	0.767
24. Evito involucrarme en su trabajo	0.784
25. Demuestro que creo firmemente en el dicho “si funciona, no lo arregles”.	0.759
26. Evito intervenir, excepto cuando no se consiguen los objetivos.	0.768
27. No trato de hacer cambios mientras las cosas marchen bien.	0.786
28. Les dejo que sigan haciendo su trabajo como siempre lo han hecho, si no me parece necesario introducir algún cambio.	0.801
29. Mi presencia tiene poco efecto en su rendimiento.	0.764
30. No les digo donde me sitúo en algunas ocasiones.	0.807
31. Evito tomar decisiones.	0.797
32. Soy difícil de encontrar cuando surge un problema.	0.802
33. Evito decirles cómo se tienen que hacer las cosas	0.804
34. Es probable que esté ausente cuando se me necesita.	0.755

Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto a 30 enfermeras de la micro red de salud Chilca; 2020.

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE CULTURA DE
SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA”**

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.854
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	534775.387
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	0.472		
2. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	0.581		
3. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	0.451		
4. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	0.514		
5. El personal en el servicio se apoya mutuamente en el trabajo	0.521		
6. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	0.631		
7. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	0.619		
8. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	0.567		
9. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	0.457		
10. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	0.620		
11. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	0.599		
12. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	0.581		
13. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	0.565		
14. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	0.531		
15. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	0.548		
16. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	0.483		
17. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.		0.543	
18. Se notifican los errores que previsiblemente novan a dañar al paciente.		0.501	
19. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.		0.567	
20. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.		0.460	
21. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.		0.604	
22. No se producen más fallos por casualidad.		0.525	
23. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.		0.509	

24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.		0.532	
25. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores		0.587	
26. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.		0.517	
27. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.		0.501	
28. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.		0.466	
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.		0.455	
30. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.		0.561	
31. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.			0.578
32. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.			0.538
33. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.			0.534
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuación que se han llevado a cabo.			0.617
35. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores			0.457
36. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.			0.551
37. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.			0.623
38. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.			0.616
39. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.			0.460
40. La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.			0.562
41. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.			0.484
42. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente			0.537
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>			

Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto a 30 enfermeras de la micro red de salud Chilca; 2020.

**CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE CULTURA DE
SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA”**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,865	42

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	0.764
2. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	0.808
3. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	0.794
4. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	0.765
5. El personal en el servicio se apoya mutuamente en el trabajo	0.801
6. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	0.751
7. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	0.791
8. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	0.801
9. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	0.808
10. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	0.810
11. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	0.801
12. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	0.765
13. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	0.816
14. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	0.759
15. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	0.777
16. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	0.815
17. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	0.784
18. Se notifican los errores que previsiblemente novan a dañar al paciente.	0.790
19. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	0.800
20. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	0.763
21. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	0.788
22. No se producen más fallos por casualidad.	0.768
23. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	0.772
24. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	0.776
25. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	0.791
26. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	0.774
27. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	0.792
28. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	0.807
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	0.779
30. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	0.762
31. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	0.755
32. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	0.789

33. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	0.785
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuación que se han llevado a cabo.	0.753
35. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	0.763
36. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	0.774
37. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	0.815
38. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	0.758
39. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	0.773
40. La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	0.773
41. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	0.814
42. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	0.792

Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto a 30 enfermeras de la micro red de salud Chilca; 2020.

ANEXO 06: OFICIO PRESENTADO A LA MICRO RED DE SALUD "EL TAMBO"



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Huancayo, 11 de marzo de 2021

OFICIO N° 0086-2021-FCS-ENF-UPLA

Señor:

Econ. Enrique Porras Orellana

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARIO

Presente -

ASUNTO : SOLICITO APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ENCUESTA) VIRTUAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD"

DOC. REF. : RESOLUCIÓN N° 0497-2021-D-FCC.SS.-UPLA

Con especial agrado me dirijo a usted para saludarla cordialmente a nombre de la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes; al mismo tiempo, tengo a bien comunicar¹ que se ha aprobado la inscripción del Proyecto de Investigación titulado: "Liderazgo y Cultura de Seguridad en los Servicios de Enfermería de una Micro Red de Salud", presentado por las señoritas: Chuquimantari Hurtado Analiz Cristina y Durand Basilio Cintia Yulisa, bachilleres de la Carrera Profesional de Enfermería con la finalidad de optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, aprobado mediante la Resolución N° 0497-2021-D-FCC.SS.-UPLA de fecha 10.02.2021.

Por tanto, solicito que se autorice a las bachilleres antes mencionadas para que apliquen el instrumento de recolección de datos (encuesta) en forma virtual de la Tesis antes citada en su prestigiosa institución con la finalidad de que elaboren el Informe Final correspondiente.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterar mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MSc. TANIA LUZ VILCHEZ CUEVAS
DIRECTORA

¹ Artículo 205º, Inc. k) de la actualización del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Universidad Peruana Los Andes, aprobado mediante Resolución N° 0154-2020-CU-R de fecha 24.01.2020.

TLVC/Mariela
C.c.: Archivo.

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: "Chuquimantari Hurtado, Analiz Cristina y Durand Basilio, Cintia Yulisa"

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 28 de Abril 2024



(PARTICIPANTE)
Apellidos y nombres: Chuquimantari Hurtado Analiz C.
Nº DNI: 20400068

- 1. Responsable de investigación
Apellidos y nombres: Chuquimantari Hurtado Analiz C.
D.N.I. N°: 47853476
Nº de teléfono/celular: 981740666
Email: alaliz205@gmail.com
Firma: [Signature]

2. Responsable de investigación
Apellidos y nombres: Durand Basilio Cintia Yulisa
D.N.I. N°: 47967280
Nº de teléfono/celular: 949723914
Email: CintiaDurand.ba.19@gmail.com
Firma: [Signature]

3. Asesor(a) de investigación
Apellidos y nombres: HUARDADO TORRES, ANTONIO M.
D.N.I. N°: 20038121
Nº de teléfono/celular: 967 312323
Email: huardadotorresantonio@gmail.com
Firma: [Signature]

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

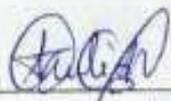
Yo, Ana Lily C. Chugimontani Hurtado, identificado (a) con DNI 47853476
egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación
titulado

"LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
DE UNA MICRO RED DE SALUD _____", en ese contexto **declaro bajo**

juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la
identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la
investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE
ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 14 de Enero del 2021.




Nombre y Apellidos Ana Lily Chugimontani Hurtado
Responsable de investigación



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Cintia Y. Durand Basilio, identificado (a) con DNI 47967280
egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación
titulado

"LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
DE UNA MICRO RED DE SALUD", en ese contexto **declaro bajo**

juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la
identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la
investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE
ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 14 de enero del 2021.




Nombre y Apellidos CINTIA DURAND BASILIO
Responsable de Investigación

ANEXO 09: VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): MARAVI MARTINEZ PATRICIA M.
 1.2. Grado Académico: ESPECIALISTA EN PROMOCION DE LA SALUD
 1.3. Profesión: LIC. EN ENFERMERIA
 1.4. Institución donde labora: C.S. SAN JERONIMO DE
 1.5. Cargo que desempeña: COORDINADORA DE ESNE
 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN
LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					16	10
SUMATORIA TOTAL		26				

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 26
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 28 DE NOVIEMBRE 2019

FIRMA Y SELLO



NOMBRE/APELLIDOS

PATRICIA MARGOT MARAVI MARTINEZ

CAR

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): MARAVI MARTINEZ PATRICIA M.
 1.2. Grado Académico: ESPECIALISTA EN PROMOCION DE LA SALUD
 1.3. Profesión: LIC. EN ENFERMERIA
 1.4. Institución donde labora: C.S. SAN JERONIMO
 1.5. Cargo que desempeña: COORDINADORA DE ESNI
 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					20	5
SUMATORIA TOTAL		25				

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 25
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 28 DE NOVIEMBRE 2019

PARA SELLO



NOMBRE/APELLIDOS

Patricia Maravi Martínez

DNI

20436474

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): MEZA CARHUANCHO JUAN LUIS
 1.2. Grado Académico: MAGISTER
 1.3. Profesión: ENFERMERA
 1.4. Institución donde labora: RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
 1.5. Cargo que desempeña: DIRECTORA DE INTELIGENCIA SANITARIA
 1.6. Denominación del instrumento: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					24	
SUMATORIA TOTAL					24	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 24
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 03 de diciembre del 2019

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
 RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Mg. Juan Luis Carhuachco
 C.R.P. 33459
 DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA

FIRMA Y SELLO

NOMBRE/APELLIDOS

DNI 20437985

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): MEGA CARHUASCHO JUAN LUIS
 1.2. Grado Académico: MAGISTER
 1.3. Profesión: ENFERMERIA
 1.4. Institución donde labora: RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
 1.5. Cargo que desempeña: DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA
 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERIA.

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					24	
SUMATORIA TOTAL					24	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 24
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 03 de diciembre del 2019

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
 RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

FIRMA Y SELLO

Mg. Juan MEGA Carhuascho
 D.P. 23454
 DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA

NOMBRE/APELLIDOS

TEL: 20437985

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): GARAY GARCIA ANAMELVA
 1.2. Grado Académico: ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR
 1.3. Profesión: LIC. EN ENFERMERIA
 1.4. Institución donde labora: C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO.
 1.5. Cargo que desempeña: COORDINADORA EN CRED.
 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					24	
SUMATORIA TOTAL		24				

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 24
 3.2. Opinión: FAVORABLE DEBE MEJORAR
 NO FAVORABLE
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 27 de Diciembre 2019



FINA Y SELLO
 NOMBRE/APELLIDOS: Anamelva Garay García
 DNI: 43048442

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): GARAY GARCIA ANAMELUA
 1.2. Grado Académico: ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR
 1.3. Profesión: LIC. EN ENFERMERIA
 1.4. Institución donde labora: C.S. JUAN PARRA DE RIEGO
 1.5. Cargo que desempeña: COORDINADORA EN CRED.
 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERIA

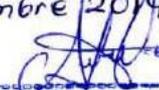
II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					20	5
SUMATORIA TOTAL		25				

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 25
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 27 de Diciembre 2019



 FIRMAY SELLO
 NOMBRE/APELLIDOS: Anamelua Garay García
 DNI: 43048442

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): TORRES MELGAR CAROL EVELYN.
 1.2. Grado Académico: LICENCIADA EN ENFERMERIA
 1.3. Profesión: ENFERMERA
 1.4. Institución donde labora: C.S. SAPALLANGA
 1.5. Cargo que desempeña: ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS
 1.6. Denominación del Instrumento:
CUESTIONARIO DE LIDERAZGO EN ENFERMERIA.

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					8	20
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 28
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 14 DE DICIEMBRE 2019



FRMA Y SELLO

NOBRE/APELLIDOS

TIN

CAROL EVELYN TORRES MELGAR
40404848

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): TORRES MELGAR CAROL EVELYN.
 1.2. Grado Académico: LICENCIADA EN ENFERMERIA
 1.3. Profesión: ENFERMERA
 1.4. Institución donde labora: C.S. SAPALLANGA
 1.5. Cargo que desempeña: ESTRATEGIA SANITARIA TUBERCULOSIS
 1.6. Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					8	20
SUMATORIA TOTAL		28				

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa: 28
 3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
 NO FAVORABLE _____
 3.3. Observaciones: _____

Huancayo, 14 DE DICIEMBRE 2019



FIRMA Y SELLO

NOMBRE/APELLIDOS

DNI

CAROL EVELYN TORRES MELGAR
40404848

ANEXO 10: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MICRO RED DE SALUD DE EL TAMBO



PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED DE SALUD ELTAMBO



N°	MICRORED	IPRESS	CAT
1	EL TAMBO	AZA	I-1
2	EL TAMBO	BATANYACU	I-2
3	EL TAMBO	COCHAS CHICO	I-2
4	EL TAMBO	COCHAS GRANDE	I-1
5	EL TAMBO	COILLOR	I-1
6	EL TAMBO	COLPAR	I-1
7	EL TAMBO	CULLPA	I-1
8	EL TAMBO	HUALAHOYO	I-1
9	EL TAMBO	HUALHUAS	I-2
10	EL TAMBO	INCHO	I-1
11	EL TAMBO	JUAN PARRA DEL RIEGO	I-3
12	EL TAMBO	JUSTICIA PAZ Y VIDA	I-4
13	EL TAMBO	LA VICTORIA	I-1
14	EL TAMBO	PACCHA	I-1
15	EL TAMBO	PILCOMAYO	I-3
16	EL TAMBO	PRIMERO DE MAYO	I-1
17	EL TAMBO	QUILCAS	I-2
18	EL TAMBO	RAMIRO PRIALE	I-1
19	EL TAMBO	SAN AGUSTIN DE CAJAS	I-3
20	EL TAMBO	SAN JERONIMO	I-3
21	EL TAMBO	SAN MARTIN	I-3
22	EL TAMBO	SAN PEDRO DE SAÑO	I-2
23	EL TAMBO	SAÑOS CHICO	I-1
24	EL TAMBO	SAÑOS GRANDE	I-1
25	EL TAMBO	SICAYA	I-3
26	EL TAMBO	UMUTO	I-1
27	EL TAMBO	CENTRO MENTAL COMUNITARIO VALLE DEL MANTARO	I-3

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

.....
Lic. Madison L. Avalos Carrasquilla
JEFE DE AREA - MREB 7070
JEFES DE AREA MICRO RED EL TAMBO

ANEXO 11: REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO: 01
INVESTIGADORAS
EN LA PUERTA DEL
ESTABLECIMIENTO
DE SALUD

FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN DE
LAS ENFERMERAS





FOTO: 01
INVESTIGADORAS
EN LA PUERTA DEL
ESTABLECIMIENTO
DE SALUD

FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN DE
LAS ENFERMERAS

